

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAMILA CARLA DE PAULA LEITE

DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO NEONATAL EM MATERNIDADE DE RISCO
HABITUAL: PRODUTO DE UMA AVALIAÇÃO NORMATIVA

CURITIBA

2018

CAMILA CARLA DE PAULA LEITE

DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO NEONATAL EM MATERNIDADE DE RISCO
HABITUAL: PRODUTO DE UMA AVALIAÇÃO NORMATIVA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem no Programa de Pós-graduação em Enfermagem Profissional. Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, na Área de Concentração - Prática Profissional de Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Helena de Souza Freire

CURITIBA

2018

Leite, Camila Carla de Paula

Diretrizes para a atenção neonatal em maternidade de risco habitual: produto de uma avaliação normativa [recurso eletrônico] / Camila Carla de Paula Leite – Curitiba, 2018.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2018.
Orientador: Dr^a. Márcia Helena de Souza Freire

1. Serviços de saúde neonatal. 2. Avaliação normativa em saúde. 3. Enfermagem neonatal. I. Freire, Márcia Helena de Souza. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.20231

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **CAMILA CARLA DE PAULA LEITE** intitulada: **DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO NEONATAL EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL: PRODUTO DE UMA AVALIAÇÃO NORMATIVA**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 10 de Setembro de 2018.

MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Avaliador Interno (UFPR)

ROBERTA COSTA

Avaliador Externo (UFSC)

observação
Realizada por videoconferência.

Primeiramente, dedico esta dissertação aos **meus pais**, **Carlos Ferreira Leite** e **Aparecida Marcia de Paula Leite**, fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional. Entre tantas dificuldades, não pouparam esforços para me proporcionar a melhor educação e um amor incondicional. Obrigada por toda ajuda, toda força, incentivo, apoio, amor e carinho. A vocês, **meus pais**, todo o meu amor, orgulho e gratidão. Tê-los sempre comigo foi, é e sempre será, a maior prova do amor de Deus por mim... por nós!

Dedico também à **Neonatologia** e aos **bebês**, que tanto me ensinam e que despertam em mim um amor único. Sem dúvidas, eles merecem a melhor assistência possível. Em especial a minha afilhada do coração **Nathália**, fruto desta assistência e que trouxe para a minha vida um sentido especial e uma alegria imensurável.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, por confiar em mim e me proporcionar força, saúde e sabedoria necessárias para percorrer esta trajetória. Principalmente, por me dar a oportunidade de escolher e ser escolhida todos os dias pela Neonatologia;

A toda **MINHA FAMÍLIA**, especialmente aos meus pais, minha vó, **Maria** e minha irmã, **Fernanda**. Tudo o que eu sou é reflexo do amor e incentivo incondicional de vocês.

Ao meu amado **Tiago de Azevedo**, por todo amor dedicado a mim em todo esse tempo. Obrigada por ter me escolhido e por me escolher todos os dias. Obrigada por toda motivação, paciência, incentivo, ajuda e companheirismo! Tudo o que faltava em mim se completou com a sua chegada. Buscarei sempre ser um orgulho para você, assim como você é para mim.

Aos meus *dogs*, companheiros de vida diária: **Juju, Agnes e Encrenca**. Vocês têm a linda e incrível missão de me salvar todos os dias.

À minha orientadora Dr^a **Márcia Helena de Souza Freire**, por acreditar em mim, em meu potencial, e por me lançar muito mais longe do que eu poderia imaginar chegar.

Ao meu amigo e parceiro de todos os dias **André Luiz Parmegiani de Oliveira**, por ser meu apoio e minha alegria em todos os momentos, você é o melhor amigo que eu poderia ter.

Às minhas amadas amigas **Ariadne Nazario e Gabriela Curan**, pela amizade incrível e única. E ao nosso maior exemplo de profissional dedicada e amorosa à Neonatologia, **Sarah Hegeto**. Vocês foram, são e continuarão ser 'luzes' pra mim.

Aos **amigos e colegas de turma do Mestrado Profissional 2016-2018**, em especial **Ana Paula Lima, Sulamita Santos e Vivian Jorge**, pela amizade, pelo companheirismo, troca de alegrias, angústias, expectativas e, muito carinho nesta trajetória.

A todos os *profissionais e companheiros de trabalho* da **Maternidade Bairro Novo**. Sem vocês este trabalho não seria possível, a todos vocês a minha eterna gratidão. Agradeço especialmente à **Juliana Fronza, Elisângela Gerlach e Eduardo Lous** pela grande parceria na coleta de dados, vocês foram fundamentais na conclusão deste trabalho.

À minha querida **Edinalva de Carvalho**, por me apoiar e me ajudar em *todos* os momentos que eu precisei, eu não tenho palavras que demonstrem toda a minha gratidão. E também à **Luiza Zapani**, por sempre estar junto neste apoio. Vocês foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Às minhas queridas e amadas **Residentes de Enfermagem Obstétrica**, por ‘despertarem’ em mim o amor pela docência e pela obstetrícia. Vocês são o reflexo de tudo aquilo que eu almejo para as mulheres e seus bebês, mais do que nunca vocês ficarão gravadas em meu coração. Tenho orgulho imenso de participar desta formação.

Às minhas **colegas de profissão**, que por tantas vezes me ouviram e me apoiaram em meio a um ‘turbilhão de sentimentos’, a vocês **Kátia, Isabel, Juliana, Tais, Débora, Alyni e Carol**, minha eterna gratidão.

Às queridas **Fran, Flávia, Rose, Gleides, Juliana, Ana, Fabi e Thais** por sempre me acolherem com amor.

A todos os graduandos, pós-graduandos e ‘agregados’ **companheiros do ‘Pequeno Grupo’ de Pesquisa: Pesquisa e Solidariedade**, da Profª Márcia Freire, que compartilharam comigo a intensidade destes dois anos. Em especial nomeio: as acadêmicas **Amanda e Ana Aurea** por auxiliarem na coleta de dados; à **Suellen** pelo apoio, carinho, e ajuda com as planilhas de análise e; à **Michelle** por toda força desde a residência.

Às Professoras que compuseram a minha banca de defesa, **Profª Drª Lillian Daisy Wolff** e **Profª Drª Roberta Costa** pelas fundamentais contribuições desde a minha qualificação. À **Profª Drª Tatiane Herreira Trigueiro** e **Profª Draª Luciana Schleder Gonçalves** por aceitarem participar, como suplentes, neste momento significativo para mim.

E, por fim, agradeço **aos docentes do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da UFPR**, ressaltando a Profª Drª Márcia Helena Freire, atual Coordenadora do Programa Profissional, que acompanhou com atenção e cuidado esta Turma, pela: oportunidade de acesso, desenvolvimento e conclusão desta tão sonhada e valiosa etapa de nossa carreira profissional.

“Se você nunca escreveu um texto de agradecimento, tente reservar uma tarde para fazer isso. Acabei de descobrir o enorme prazer e privilégio de lembrar que somos amados e que não fazemos nada sozinhos.”

Shawn Achor (2012)

RESUMO

A atenção materna e neonatal brasileira sinaliza avanços significativos, entretanto, há situações que requerem atenção imediata por parte dos gestores, profissionais e pesquisadores. O objetivo deste estudo foi propor diretrizes baseadas em avaliação normativa para a atenção neonatal em uma maternidade de risco habitual do município de Curitiba, Paraná, Brasil. Trata-se de uma avaliação normativa em saúde, desenvolvida mediante processo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, e foco na estrutura da instituição e, no processo das práticas assistenciais multiprofissionais junto ao recém-nascido, na maternidade de risco habitual. O referencial teórico da avaliação normativa adotado foi o preconizado por Donabedian, compondo a Tríade Estrutura – Processo - Resultados. Tomou-se como base para a confecção dos instrumentos de coleta de dados documentos governamentais nacionais e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Como técnicas utilizaram-se pesquisa documental; observação não participante (roteiro estruturado); e, auditoria, sob a perspectiva dos profissionais de todas as categorias que prestam cuidado direto ao recém-nascido. Coletados os dados após o parecer do Comitê de Ética, no período de maio à julho de 2018. Estes foram organizados e analisados com o apoio de planilhas no Programa *Microsoft Office Excel*® 2013. Para a análise, os resultados foram subdivididos em cinco dimensões que determinam a qualidade e segurança das práticas assistenciais: 1. *Gerencial e Organizacional*; 2. *Recursos Humanos*; 3. *Recursos Materiais e Equipamentos*; 4. *Ambiência*; e 5. *Processo de Trabalho*. As necessidades de ajustes identificadas foram desenvolvidas detalhadamente, segundo os achados. Mediante *análise das respostas ao instrumento de auditoria*, foi observado o atendimento às expectativas e recomendações quanto à humanização do atendimento ao recém-nascido, como: clampeamento tardio do cordão; aspiração de vias aéreas de rotina; postergação dos procedimentos de rotina; atuação integrada da equipe multiprofissional; orientações durante o banho; adoção de métodos não farmacológicos para alívio da dor; e humanização durante a triagem neonatal. Entretanto, há necessidade de processos de gestão uniformes para todas as categorias profissionais, devido situações não conformes de comprometimento com ações essenciais de cuidado ao neonato. Como produto deste estudo aplicado, foram propostas Diretrizes para a Atenção Neonatal em uma Maternidade de Risco Habitual à partir do substrato avaliativo normativo estrutural e processual (práticas assistenciais), em Blocos de recomendações para: *Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal*; *Qualidade e Segurança do Paciente*; *Ensino e Pesquisa*; e, *Gestão e Gerências*, esta com apontamentos quanto a estrutura organizacional, ferramentas de gestão para os recursos humanos, materiais, ambiência e práticas assistenciais. As diretrizes propostas para atenção neonatal multiprofissional de uma maternidade de risco habitual, têm o intuito de qualificar e assegurar o cuidado, sobretudo da enfermagem, e, poderão ser aplicadas e cotejadas à outras realidades semelhantes. De maneira que o *Ciclo do Processo de Cuidado Neonatal* atenda à ação planejada – monitoramento – avaliação – intervenção – reavaliação – monitoramento – replanejamento e, que obtenha como consequência o cuidado baseado nas melhores evidências e nas necessidades de cada recém-nascido e mãe, enfim, os resultados esperados a partir das adequações estruturais e processuais do serviço.

Palavras-chave: Recém-nascido; Neonatologia; Qualidade da Assistência em Saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Brazilian maternal and neonatal care signals significant advances, however, there are situations that require immediate attention by managers, professionals and researchers. The objective of this study was to propose guidelines based on normative evaluation for neonatal care in a maternity at usual risk in the city of Curitiba, Paraná, Brazil. This is a normative evaluation in health, developed through a descriptive and exploratory process with a quantitative approach, focusing on the structure of the institution and, in the process of multiprofessional care practices with the newborn, in the maternity at usual risk. The theoretical reference of the normative evaluation adopted was the one recommended by Donabedian, composing the Triad Structure - Process - Results. National government documents and the Brazilian Society of Pediatrics were used as a basis for the preparation of data collection instruments. As techniques, documentary research was used; non-participating observation (structured itinerary); and, audit, from the perspective of professionals of all categories who provide direct care to the newborn. The data collected after the opinion of the Ethics Committee, from May to July 2018. These were organized and analyzed with the help of spreadsheets in the Microsoft Office Excel® 2013 Program. For the analysis, the results were subdivided into five dimensions that determine the quality and safety of care practices: 1. Managerial and Organizational; 2. Human Resources; 3. Material Resources and Equipment; 4. Ambience; and 5. Work Process. The identified adjustment needs were developed in detail, according to the findings. Based on the analysis of the responses to the audit instrument, it was observed the fulfillment of expectations and recommendations regarding the humanization of newborn care, such as: late cord clamping; routine airway aspiration; postponement of routine procedures; integrated action of the multiprofessional team; instructions during the bath; adoption of non-pharmacological methods for pain relief; and humanization during neonatal screening. However, there is a need for uniform management processes for all professional categories, due to nonconforming situations of commitment to essential actions of care for the newborn. As a product of this applied study, Guidelines for Neonatal Care in a Maternity of Normal Risk were proposed based on the normative substrate structural and procedural (care practices), in Blocks of recommendations for: Maternal and Neonatal Mortality Commission; Patient Quality and Safety; Teaching and research; and Management and Management, with notes on the organizational structure, management tools for human resources, materials, environment and care practices. The proposed guidelines for multiprofessional neonatal care of a maternity at usual risk are intended to qualify and ensure care, especially nursing, and may be applied and compared to other similar realities. So that the Neonatal Care Process Cycle addresses the planned action - monitoring - evaluation - intervention - reassessment - monitoring - replanning and, as a consequence, obtain care based on the best evidences and needs of each newborn and mother, finally, the expected results from the structural and procedural adaptations of the service.

Keywords: Newborn; Neonatology; Quality of Health Care; Health Assessment.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL, LOCAL DE TRABALHO (ALOJAMENTO CONJUNTO E CENTRO OBSTÉTRICO), EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR.....	55
QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS, FONTES, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS, SEGUNDO OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR.....	61
QUADRO 3 - SERVIÇOS NECESSÁRIOS PARA ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL SEGUNDO SUA DISPONIBILIZAÇÃO NA MATERNIDADE OU EM INSTITUIÇÃO CONVENIADA À MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018.....	68
QUADRO 4 - INDICADORES DE ATENÇÃO MATERNA EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL SEGUNDO PRECONIZAÇÃO E PACTUAÇÃO PELO CONTRATO DE GESTÃO COM O MUNICÍPIO, CURITIBA, PR, 2018.....	74
QUADRO 5 - MANUAIS E ROTINAS DESCRITAS REFERENTES À LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NECESSÁRIOS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL.....	79
QUADRO 6 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA, NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS, E AVALIAÇÃO PRECONIZADAS E REALIZADAS, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL DE CURITIBA, PR, 2018.....	81
QUADRO 7 - INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL, ANVISA/MS, 2008.....	82
QUADRO 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS SEGUNDO CATEGORIA, QUANTIDADE, CARGA HORÁRIA SEMANAL E HORAS	

	TRABALHADAS, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018.....	83
QUADRO 9 -	PROFISSIONAIS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL E A PRESENÇA OU NÃO* NA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018.....	84
QUADRO 10 -	AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SEGUNDO PROCEDIMENTOS REALIZADOS DURANTE O CONTATO PELE A PELE EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018.....	95
QUADRO 11 -	AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUANTO A ORIENTAÇÕES E PROCEDIMENTOS HUMANIZADOS AO RN NO AC EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR.....	100
QUADRO 12 -	AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSSITENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SEGUNDO A ELABORAÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR.....	103
QUADRO 13 -	SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CENTRO OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR.....	105
QUADRO 14 -	SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO ALOJAMENTO CONJUNTO DA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR.....	107
QUADRO 15 -	EVENTOS SENTINELA FETAIS E NEONATAIS EM MATERNIDADES SEGUNDO A ANVISA/MS, 2014.....	119

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	NÚMERO DE NASCIMENTOS E TAXA DE INFECÇÃO NEONATAL PRECOCE EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, AGOSTO DE 2017 A MAIO 2018.....	71
GRÁFICO 2 -	DISTRIBUIÇÃO DOS NASCIMENTOS SEGUNDO A VIA E A TAXA DE CESARIANA EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2017.....	75
GRÁFICO 3 -	DISTRIBUIÇÃO DAS CESARIANAS TOTAIS E TAXA DE CESARIANA EM PRIMIGESTAS EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2017.....	76
GRÁFICO 4 -	TAXAS DE CONTATO PELE A PELE IMEDIATO PÓS PARTO NORMAL EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, JANEIRO DE 2017 A JUNHO DE 2018.....	77
GRÁFICO 5 -	TAXAS DE CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO PÓS PARTO NORMAL EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, JANEIRO DE 2017 A JUNHO DE 2018.....	78
GRÁFICO 6 -	TAXAS DE RECÉM-NASCIDOS ASPIRADOS EM SALA DE PARTO, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL DE CURITIBA, PR, JANEIRO DE 2017 A JUNHO DE 2018.....	79
GRÁFICO 7 -	AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SEGUNDO IDENTIFICAÇÃO DE COMPLICAÇÕES NEONATAIS E SEU ENCAMINHAMENTO EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018.....	92
GRÁFICO 8 -	AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SEGUNDO TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018.....	93
GRÁFICO 9 -	AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SEGUNDO PROMOÇÃO DO CONTATO PELE A PELE PÓS PARTO NORMAL, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018.....	94

GRÁFICO 10 - AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUANTO A PROMOÇÃO DO CONTATO PELE A PELE PÓS CESARIANA, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018.....	94
GRÁFICO 11 - AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SEGUNDO A ORIENTAÇÃO E ESTÍMULO DA POSIÇÃO CANGURU, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR	100

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	NÚMERO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, MARÇO 2013 A MARÇO 2018.....	52
TABELA 2 -	NÚMERO DE INTERNAMENTOS EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, MARÇO 2013 A MARÇO 2018.....	52
TABELA 3 -	NÚMERO DE PARTOS NORMAIS EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, MARÇO 2013 A MARÇO 2018.....	53
TABELA 4 -	NÚMERO DE CESARIANAS EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, MARÇO 2013 A MARÇO 2018.....	53
TABELA 5 -	NÚMERO DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, MARÇO 2013 A MARÇO 2018.....	54
TABELA 6 -	NÚMERO DE RECÉM-NASCIDOS TRANSFERIDOS EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, MARÇO DE 2013 A MARÇO 2018.....	54
TABELA 7 -	TAXA DE IRAS EM MATERNIDADE DE RISBO HABITUAL, CURITIBA, PR, MAIO DE 2017 A 2018.....	70
TABELA 8 -	RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL E PARECER ANALÍTICO, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018.....	85

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	ELEMENTOS QUE INTERFEREM NA CONSTITUIÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL, A PARTIR DA FORMULAÇÃO DE CAMPOS, PAIM E PIRES SEGUNDO FERTONANI et al., 2014....	20
FIGURA 2-	ELEMENTOS QUE INTERFEREM NA CONSTITUIÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL, A PARTIR DA FORMULAÇÃO DE CAMPOS, PAIM E PIRES SEGUNDO FERTONANI et al., 2014....	18
FIGURA 3 -	SERVIÇOS PRÓPRIOS OU CONVENIADOS NECESSÁRIOS EM HOSPITAIS COM MATERNIDADES.....	35
FIGURA 4 -	OS SETE PILARES DA QUALIDADE SEGUNDO DONABEDIAN.....	43
FIGURA 5 -	NORMATIVAS PARA ATENÇÃO NEONATAL UTILIZADAS, CURITIBA, PR, 2018.....	46
FIGURA 6 -	AS CINCO DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO NORMATIVA EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018.....	64
FIGURA 7-	ORGANOGRAMA DA FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE DE CURITIBA - FEAES, CURITIBA, PR, 2018.....	66
FIGURA 8 -	ORGANOGRAMA DO CENTRO MÉDICO COMUNITÁRIO BAIRRO NOVO, CURITIBA, PR, 2018.....	67
FIGURA 9 -	FLUXO DE DOCUMENTOS DE GESTÃO DE UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018.....	72
FIGURA 10 -	CICLO DE PROCESSO DE CUIDADO NEONATAL APLICÁVEL A EQUIPE DE ENFERMAGEM EM ALOJAMENTO CONJUNTO, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR.....	124

LISTA DE SIGLAS

ANS	– Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	– Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CONITEC	– Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CMCBN	– Centro Médico Comunitário Bairro Novo
CNES	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EAAB	– Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EPC	– Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	– Equipamento de Proteção individual
ID SUS	– Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IHAC	– Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IRAS	– Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
JBI	– <i>Joanna Briggs Institute</i>
UNICEF	– Fundo das Nações Unidas para a Infância
MS	– Ministério da Saúde
MTA	– Mulher Trabalhadora que Amamenta
NBCAL	– Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância
NSP	– Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
ODM	– Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	– Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PAISC	– Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PBE	– Prática Baseada em Evidências
PNAISC	– Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PCMSO	– Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PPP	– Pré-parto, Parto e Pós-parto
POP	– Procedimento Operacional Padrão
PPRA	– Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

PPGENFPROF	– Programa de Pós-graduação em Enfermagem Profissional
PTS	– Projeto Terapêutico Singular
RDC	– Resolução da Diretoria Colegiada
REPAI	– Recuperação pós anestésica
RN	– Recém-nascido
SCIH	– Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SBP	– Sociedade Brasileira de Pediatria
SESA	– Secretária de Estado da Saúde
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
TMI	– Taxa de Mortalidade Infantil
UCI	– Unidade de Cuidados Intermediários
UCINco	– Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCINca	– Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UN	– Unidades Neonatais
UEL	– Universidade Estadual de Londrina
UEM	– Universidade Estadual de Maringá
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
UTIN	– Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	RELEVÂNCIA.....	12
1.2	JUSTIFICATIVA	14
1.2.1	Qualidade da atenção neonatal.....	14
1.2.2	Aplicação clínica de práticas baseadas em evidências científicas .	14
1.3	HIPÓTESE	17
1.4	PRESSUPOSTOS.....	17
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
3.1	OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO E OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	21
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO AO NEONATO	23
3.2.1	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)	25
3.2.2	Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)	25
3.2.3	Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso - Método Canguru.....	27
3.2.4	Programa Mãe Curitibana.....	27
3.2.5	Rede Cegonha	28
3.2.6	Rede Mãe Paranaense.....	29
3.2.7	Atenção Integral ao Recém-nascido grave ou potencialmente grave	30
3.2.8	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)	31
3.3	ARCAPOUÇO NORMATIVO PARA A ASSISTÊNCIA NEONATAL	33
3.3.1	Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº36 de 2008	33
3.3.2	Documento Científico do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria	34

3.3.3	Portaria nº 371, de 2014 – Ministério da Saúde.....	36
3.3.4	Diretrizes para Reanimação Neonatal - SBP.....	37
3.3.5	Portaria nº 2.068 de 2016.....	38
3.4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	40
3.4.1	Avaliação em saúde: em busca da qualidade e segurança.....	40
4	MATERIAIS E MÉTODOS	47
4.1	TIPO DE ESTUDO	47
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	49
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO, E SEU RECRUTAMENTO.	55
4.4	COLETA DE DADOS	56
4.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	58
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	62
5	RESULTADOS.....	64
5.1	DIMENSÃO GERENCIAL E ORGANIZACIONAL	65
5.1.1	Serviços Diagnósticos e Terapêuticos.....	67
5.1.2	Mecanismos de Vigilância e Documentos Institucionais.....	69
5.1.3	Indicadores Institucionais	73
5.1.4	Normas e Rotinas Institucionais	79
5.1.5	Vigilância de Notificações de Incidentes e Segurança do Paciente	80
5.2	DIMENSÃO RECURSOS HUMANOS	82
5.3	DIMENSÃO RECURSOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.....	85
5.4	DIMENSÃO AMBIÊNCIA.....	88
5.5	DIMENSÃO PRÁTICAS ASSISTENCIAIS.....	90
5.5.1	Centro Obstétrico	91
5.5.2	Alojamento Conjunto	98
6	DISCUSSÃO	110
6.1	DIMENSÃO GERENCIAL E ORGANIZACIONAL	110
6.2	RECURSOS HUMANOS DE UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL	119
6.3	DIMENSÃO RECURSOS MATERIAIS	125

6.4	DIMENSÃO AMBIÊNCIA.....	126
6.5	DIMENSÃO PRÁTICAS PROFISSIONAIS.....	127
6.5.1	Centro Obstétrico	128
6.5.2	Alojamento Conjunto	136
7	DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO NEONATAL EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL.....	142
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
	REFERÊNCIAS.....	154

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS REFERENTE À ESTRUTURA EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR.	167
APÊNDICE 2 – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS REFERENTE AO PROCESSO DE TRABALHO NO CENTRO OBSTÉTRICO, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR.....	187
APÊNDICE 3 - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS REFERENTE AO PROCESSO DE TRABALHO NO ALOJAMENTO CONJUNTO, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR.....	189
APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR.....	192

APRESENTAÇÃO PROFISSIONAL

Na perspectiva de meu estreitamento profissional com a Neonatologia e, atualmente como responsável pela Gestão da Qualidade, de uma Maternidade de Risco Habitual, tenho a atenção voltada para a avaliação da assistência ao neonato. Este interesse é devido ao permanente questionamento sobre estarem, a estrutura e os processos de atenção e cuidado ao neonato, coerentes aos padrões recomendados. Portanto, me propus a avaliar a atenção neonatal normativamente, cotejando o real ao arcabouço regulamentar ministerial, assim como, às fontes como Sociedades Científicas e recomendadas pelas políticas públicas vigentes no Brasil para atenção ao neonato.

Após a minha formação como Enfermeira, em 2010, na Universidade Estadual de Maringá (UEM), com o intuito de adquirir aprimoramento prático e teórico, cursei a Especialização na Modalidade Residência em Enfermagem Neonatal, na Universidade Estadual de Londrina (UEL), de 2011 a 2013. Em 2016, ingressei no Programa de Pós-graduação em Enfermagem Profissional, da Universidade Federal do Paraná (PPGENFPROF/UFPR), com a proposta de fomentar meu desenvolvimento teórico e, de habilidades, tanto para a pesquisa como para o ensino.

Assim, coerente à esta minha trajetória o objeto do presente estudo é a *assistência ao recém-nascido* em uma Maternidade de Risco Habitual, de Curitiba, a que se constitui como o meu cenário de prática. A presente Dissertação de Mestrado, desenvolvida na perspectiva de um Projeto de Intervenção, se insere na temática da Assistência Perinatal e, foi desenvolvida na Área da Prática Profissional em Saúde e Enfermagem, e na Linha de Pesquisa de Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, junto ao Grupo de Pesquisa Tecnologia e Inovação em Saúde (TIS) da UFPR. Nele há a busca por atualização da tecnologia de cuidado ao neonato, no seu sentido mais amplo, que culminam com proposições de adequação do processo de trabalho da equipe multiprofissional junto ao neonato, em uma Maternidade de Risco Habitual, mediante o apontamento das Diretrizes para a Atenção Neonatal.

1 INTRODUÇÃO

1.1 RELEVÂNCIA

Mundialmente, a segurança do paciente se tornou parte fundamental dos processos relacionados à melhoria da qualidade assistencial. No contexto da atenção materna e neonatal são reconhecidos e estudados potenciais iatrogenias e eventos adversos, bem como, o elevado número de pessoas envolvidas neste processo. São fatos que se revestem de fundamental importância para a segurança sanitária direcionada à esta população (BRASIL, 2014a).

No Brasil, houve melhoria no acesso aos serviços de pré-natal e na assistência ao parto, onde 98% das mulheres têm seus bebês em estabelecimentos hospitalares e são assistidas por profissionais qualificados. Entretanto a mortalidade materna e neonatal não tem acompanhado esses progressos, fenômeno denominado de “paradoxo perinatal brasileiro”. Neste, coexiste a intensa medicalização do processo de parto e nascimento, a baixa qualidade da assistência e, a frequente utilização de práticas iatrogênicas, como por exemplo clássico, a taxa de cesarianas elevada (DINIZ, 2009; LANSKY, 2014).

Segundo Diniz (2009), o paradoxo se caracteriza, especialmente, mediante o uso excessivo da tecnologia pelos profissionais, com a população de risco habitual, o que acaba por desencadear intervenções desnecessárias e há danos consequentes.

A prática do cuidado, exclusivamente centrada na tecnologia, independentemente de sua natureza, se não for oportuna e regularmente avaliada, poderá precipitar: intervenções errôneas; incidentes sem danos; *near miss*¹; eventos adversos; e, fatalmente, a morte (DINIZ, 2009). Prevalecendo, na atenção materna e neonatal, a concepção de que estes incidentes comprometem não apenas estruturas e funções, como lesões e incapacidades físicas, mas também, acompanham danos psicológicos, com sofrimento social, moral e cultural (BRASIL, 2014a).

Em países com baixa razão de mortalidade materna a investigação de casos de *near miss* representa importante ferramenta de avaliação da qualidade da

¹ *Near miss* materno, ou também chamada morbidade materna grave, é definido como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave, ocorrida durante a gravidez, o parto ou em até 42 após o término da gravidez” (OMS, 2014). Esta definição não deve ser confundida com a de ***near miss* como incidente relacionado ao cuidado de saúde**, pois este tem seu significado vinculado ao não acometimento do paciente (BRASIL, 2014a).

assistência, tendo em vista que permite a identificação de falhas nos processos assistenciais e de possíveis planos de ação para as correções (BRASIL, 2014a).

As políticas públicas são aplicadas para melhorar os serviços de saúde para a população e, a avaliação dos programas nelas fundamentados desponta como uma maneira oportuna e factível de analisar sua efetividade (PINTO; SOUZA, 2017).

Nesta perspectiva, a busca pela qualidade da assistência prestada pelos serviços, pela satisfação do cliente e, para o melhor uso dos recursos disponíveis, são algumas das características que promovem o crescente desenvolvimento da área de avaliação em saúde. Portanto, a prática de avaliação em saúde pode ser desenvolvida nas diferentes áreas de atenção à saúde e, se constitui como parte do processo de planejamento e gestão devido prover suporte para as tomadas de decisões (TANAKA; MELO, 2001).

Avedis Donabedian, na década de 60, introduz um conceito considerado clássico e abrangente para avaliação da qualidade da assistência com modelo estruturado. De acordo com o autor os sistemas deveriam ser avaliados em três áreas, que constituíram a tríade *estrutura – processo - resultados* (DONABEDIAN, 1997).

Entretanto, se acredita que, para um fiel processo de avaliação da qualidade da assistência, o parâmetro das políticas e regulamentações vigentes é recomendável. Neste sentido, no Brasil, o Ministério da Saúde e demais órgãos reguladores do exercício profissional vêm, ao longo de mais de 30 anos, propondo recomendações para melhorar a assistência prestada à mulher e ao recém-nascido.

Destarte, para este estudo, com a proposição de avaliar a qualidade da atenção neonatal em uma maternidade pública municipal de risco habitual, localizada em Curitiba, foram congregadas as principais regulamentações e recomendações, nacionais, voltadas para a melhor atenção neonatal.

A adoção de recomendações é essencial para a conquista da assistência neonatal de qualidade, em todos os âmbitos de gestão (federal, estadual e municipal), com detecção precoce dos agravos, com o tratamento oportuno, aplicado em espaço tecnologicamente apropriado e, por equipe de saúde preparada. Estas objetivam impactar na garantia da segurança do neonato ao nascimento, no alojamento conjunto e, na prevenção da morbimortalidade infantil, sobretudo no período neonatal precoce.

Sob esta ótica se apresenta como questão norteadora: *Mediante avaliação normativa, quais as melhores diretrizes a serem adotadas para a atenção neonatal em uma Maternidade de Risco Habitual de Curitiba, PR?*

1.2 JUSTIFICATIVA

1.2.1 Qualidade da atenção neonatal

As políticas públicas de atenção à saúde da criança têm como escopo a proteção e promoção da saúde e, a prevenção da mortalidade (infantil e neonatal). Para tanto, são pautadas na integralidade do cuidado e na busca da equidade social (BRASIL, 2007).

São preconizados ao binômio mãe-filho, por meio de programas, portarias, projetos, pactos e ações, a atenção qualificada ao pré-natal, parto e puerpério, em que se destacam: promoção do contato pele a pele imediato, sistema de alojamento conjunto, identificação do recém-nascido de risco, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, aumento do número de leitos neonatais, melhora na estrutura física dos serviços, acesso e transporte e, por fim, mas não menos importante, a capacitação profissional (BRASIL, 2007).

Mas, parte das ações preconizadas não são desenvolvidas e cumpridas em sua totalidade. Fato que aponta para a relevância da sistemática e contínua avaliação dos serviços de saúde, para identificação do diagnóstico situacional, além de, promoção do planejamento adequado, priorizando os principais problemas e as ações necessárias para melhorar a assistência, assim como, a qualidade de vida dos recém-nascidos (PINHEIRO et al., 2016). A presente pesquisa, neste aspecto, atende ao preconizado com o desenvolvimento metodológico de uma pesquisa avaliativa.

1.2.2 Aplicação clínica de práticas baseadas em evidências científicas

A prática baseada em evidências (PBE) é uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência à saúde (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Assim, a implementação da PBE tem como objetivo principal melhorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente, mediante apoio e incremento do julgamento clínico realizado pelo profissional (ROSSWURM; LARRABEE, 1999), bem como, mediante o respeito às opções dos pacientes, e à expertise do profissional da atenção à saúde (PEARSON et al., 2005; JORDAN et. al., 2016).

O cuidado prestado sob o eixo norteador das evidências conta com intervenções mais efetivas e, seus resultados proporcionam a melhoria da qualidade da assistência. Fato que valoriza a interpretação dos profissionais para a prática do cuidado norteada pela melhor evidência disponível (GOODE; PIEDALUE, 1999).

A implementação da PBE na enfermagem promove a melhoria da qualidade da assistência, pois contribui com a transição da prática baseada em tradição, rituais e tarefas pela prática reflexiva, baseada em conhecimento científico (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Nesta ótica, a *educação* com base na pesquisa e na prática baseada em evidências é essencial para promoção das mudanças nas atitudes do enfermeiro, em quaisquer das esferas: educacional, organizacional e/ou individual. Processo que se inicia na graduação, mediante a inclusão de disciplinas curriculares que impulsionem a compreensão do valor do processo e dos resultados da pesquisa para a enfermagem e, da utilização dos resultados para a melhoria da assistência prestada (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003). Cenário assistido no decorrer da história da formação, com crescimento rápido e impactante no cenário de prática, sobretudo, com a possibilitada de continuidade pelos programas de pós-graduação *Stricto sensu*, na modalidade Profissional.

Os autores apontam que *o cuidado à saúde baseado em evidências se origina de questões clínicas* relacionadas às necessidades de saúde individuais e coletivas. Neste desenvolvimento o conhecimento e as evidências são gerados através da pesquisa, é organizado em etapas distintas e, intrinsecamente relacionadas, a saber: 1) avaliação e síntese das evidências oriundas da pesquisa; 2) transferência e uso das evidências na prática; 3) avaliação do impacto do uso das evidências na melhoria da saúde. Os componentes 2 e 3 deste processo, ainda se constituem como desafio para a concretização do cuidado baseado nas melhores evidências científicas (CÔRTEZ et al., 2015).

Portanto, o desenvolvimento deste estudo avaliativo normativo, atende a Etapa 1 do processo de implementação de práticas / cuidado baseadas(os) em evidências, ao buscar as melhores evidências científicas que compõem as normas e regulamentos aplicáveis à atenção neonatal em Maternidade de baixo risco, ou também conhecida como risco habitual, no estado do Paraná. E, ainda, cumpre com a Etapa 2, devido objetivar transferir a aplicação das evidências no cenário de pesquisa, mediante a proposta de diretrizes.

A *transferência de conhecimento*, ou também entendida como a *tradução* ou *translação* do conhecimento, se constitui como um componente no modelo de saúde baseada em evidências proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) (PEARSON et al., 2005; JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017). Portanto, é relativa ao ato de transferir / transladar / traduzir conhecimento (os) para profissionais e, sistemas de saúde, de todo o mundo e aos seus cenários, de maneira que possam ser aplicáveis coerente e assertivamente para a tomada de decisão para mudanças da prática (SANTOS; RIESCO, 2016).

Diversas teorias que abordam a transferência do conhecimento, também denominada ciência da tradução ou pesquisa translacional, isolam esse processo do ciclo da Prática Baseada em Evidência em duas modalidades: a transferência de resultados de pesquisas das ciências básicas ou de laboratório para desenvolver novas intervenções, testadas por ensaios clínicos, e a transferência do conhecimento já comprovado para uso na prática clínica. Enquanto a primeira modalidade de transferência se relaciona com o paradigma tradicional da pesquisa científica, a segunda envolve a participação ativa e a colaboração de todos os interessados no desenvolvimento metodológico para articular as questões de pesquisa. (CÔRTEZ et al, 2015, p.717).

E ainda, como relevância deste estudo se aponta o atendimento a carência, no âmbito nacional e internacional, de estudos avaliativos acerca da estrutura e dos processos de trabalho na atenção neonatal, em maternidades de risco habitual, bem como, a inexistência de pesquisa com esta abordagem no município e instituição cenários desta pesquisa.

Esta pesquisa avaliativa se justificou por seus resultados veicularem o diagnóstico da estrutura organizacional e do processo de trabalho multiprofissional na maternidade em estudo. E ainda, por elencar as melhores práticas de atenção e cuidado ao recém-nascido, e permitir a translação, por intermédio da proposição de diretrizes aplicáveis ao cenário, com vistas a valorizar suas potencialidades e, apontar possibilidades com base nas melhores evidências.

Como principal resultado é esperada a qualificação da atenção neonatal hospitalar na maternidade de risco habitual cenário do estudo, localizada em Curitiba, com repercussões aos desfechos municipais, estaduais e nacional.

1.3 HIPÓTESE

Com base empírica tem-se a seguinte hipótese testada nesta pesquisa: a atenção neonatal oferecida em uma Maternidade de risco habitual, de Curitiba, não contempla os principais aspectos das diretrizes normativas preconizadas nas Portarias e Resoluções da Diretoria Colegiada do Ministério da Saúde, bem como, em Documentos e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria.

1.4 PRESSUPOSTOS

É reconhecido no cenário brasileiro o desafio da promoção da qualidade na atenção obstétrica e neonatal, com ações e estratégias para a prevenção e minimização dos agravos e danos durante o processo assistencial materno e infantil. Enfim, uma atenção que contribua para concretizar a humanização e segurança dos pacientes (BRASIL, 2011a).

Preconizadas transversalmente, são às políticas públicas para a redução da mortalidade e morbidade neonatal e dos danos decorrentes de práticas assistenciais inadequadas, e para tanto, o desenvolvimento de processo de avaliação normativa. Que deve estar aliada às ações regulares de fiscalização e orientação aos profissionais e serviços de saúde (BRASIL, 2014a).

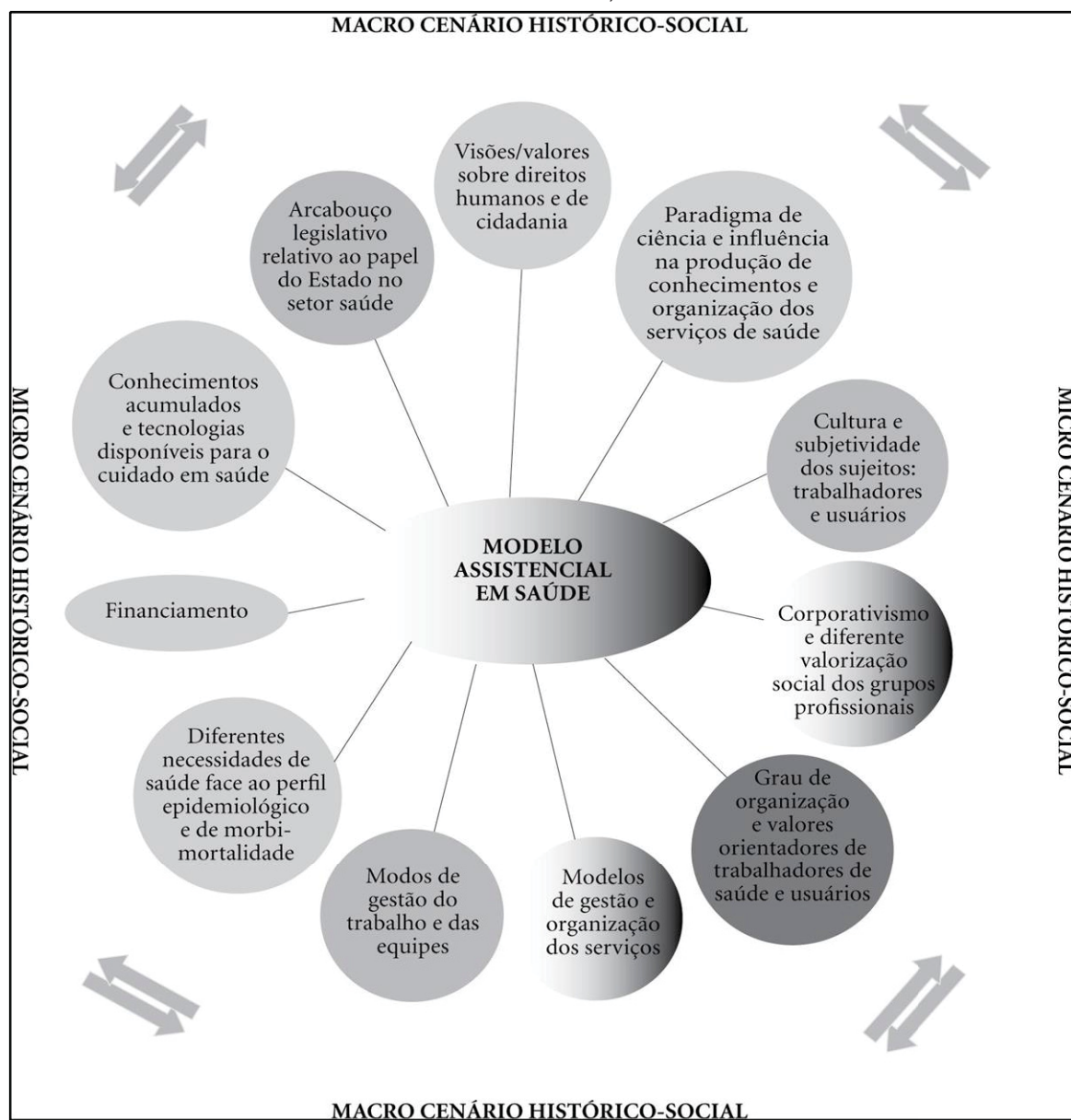
O pressuposto deste estudo foi que a partir do (re)conhecimento normativo preconizado e aplicado à prática assistencial multiprofissional de atenção neonatal na maternidade de risco habitual, como *modelo assistencial*, poder-se-á preconizar ajustes às recomendações legais, aqui denominados de *diretrizes*. O produto desta intervenção, deve refletir e impactar na assistência de modo a qualificar e promover a segurança neonatal, que abrangerá por extensão o parto, o nascimento e o período neonatal em alojamento conjunto.

Cabe enfatizar, com base em Fertoni et al. (2015) que, a expressão *modelo assistencial*, embora seja polissêmica, pode:

- 1) Ser aplicável aos vários aspectos de um fenômeno complexo (*neste estudo: reconhecido pelo processo saúde – vida – morte - instituição hospitalar de saúde - qualidade*);
- 2) Está relacionado à existência de um determinado contexto histórico e social (*neste estudo: a Maternidade de risco habitual*);
- 3) Está relacionado a organização de seus serviços e de suas práticas (*neste estudo: entendida como a estrutura e o processo em avaliação*),
- 4) Sobretudo, está relacionado aos valores que orientam a sociedade e, que definem os direitos à vida das pessoas/cidadãos (*neste estudo: reconhecidos como o Sistema Único de Saúde – SUS e, a organização dos serviços em Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil – Mãe Curitibana, Paranaense e Rede Cegonha – bem como, ao arcabouço normativo que rege a atenção neonatal brasileira*),
- 5) E por fim, o modelo assistencial é consequente aos vários elementos citados nos itens anteriores que se interatuam e definem práticas, articulando os contextos históricos, sociais e culturais (*este último entendido neste estudo: sob a ótica da cultura organizacional de segurança e, da qualidade da atenção neonatal*).

O modelo assistencial desenvolvido por Fertoni et al. (2015) é apresentado na Figura 1, como ilustrativo do desenvolvimento nos itens de 1 a 5, acima relacionados.

FIGURA 1 - ELEMENTOS QUE INTERFEREM NA CONSTITUIÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL, A PARTIR DA FORMULAÇÃO DE CAMPOS, PAIM E PIRES SEGUNDO FERTONANI et al., 2014.



FONTE: Fertoni et al., 2014

2 OBJETIVOS

Para responder à pergunta norteadora e testar a hipótese apresentada foram traçados os seguintes objetivos.

2.1 OBJETIVO GERAL

Propor diretrizes para a atenção neonatal em maternidade de risco habitual, com base em uma avaliação normativa, Curitiba, PR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Reconhecer as diretrizes e as melhores práticas nacionais para a atenção ao recém-nascido aplicáveis a uma Maternidade de Risco Habitual.

2.2.2 Avaliar a estrutura e as práticas assistenciais ao recém-nascido em uma maternidade de risco habitual de Curitiba, com base nas diretrizes nacionais, nas características locais e, com a participação da equipe multiprofissional.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo de fundamentação foi elaborado tendo como foco quatro grandes temas para aproximação teórica ao cenário de investigação, ao problema e objeto desta pesquisa, ao método e, aos objetivos.

Para seu desenvolvimento, no *primeiro subcapítulo* se descrevem as metas internacionais de proteção à saúde infantil e materna. No *segundo* são abordadas as políticas públicas nacionais de atenção à saúde do neonato, apresentando um breve histórico das principais ações de atenção voltadas a essa população. No *terceiro* se aborda o arcabouço normativo para a assistência neonatal, a organização dos serviços de saúde e suas características, e ainda, as diretrizes utilizadas como normas para a assistência de qualidade ao neonato. No *quarto* é desenvolvido o referencial teórico-metodológico da Avaliação em Saúde, com foco na qualidade e segurança do paciente, mais especificamente na qualidade da atenção neonatal, focada no recém-nascido propriamente dito, com destaque à avaliação da estrutura e processos.

Para tanto, procedeu-se virtualmente à busca, nas bases de dados das literaturas científicas, de publicações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, valendo-se de descritores e palavras-chaves pertinentes ao tema, com aplicação dos operadores booleanos (*and/or*), que culminou com a síntese apresentada nos subcapítulos sequenciais.

3.1 OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO E OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Em 2000, foi estabelecida uma agenda global de compromissos para o combate à fome, pobreza, desigualdades, doenças evitáveis e condições precárias de sobrevivência. Foram elaborados os oito *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* (ODM), por intermédio da Declaração do Milênio como uma estratégia de promoção da dignidade humana (BRASIL, 2014c).

A Organização das Nações Unidas (ONU) apresentou um prazo, iniciado no final da década de 90, com finalização ocorrida em dezembro de 2015, para o cumprimento de 18 Metas, 40 Indicadores e os oito Objetivos (BRASIL, 2013). Dentre os objetivos, sobleva-se o 4º Objetivo, pois prevê a redução em 75% dos óbitos

infantis, com a consideração de três indicadores: 1) Taxa de Mortalidade na Infância ou Menores de Cinco Anos; 2) Taxa de Mortalidade Infantil - TMI (de menores de um ano); e, a 3) Proporção de crianças de até um ano vacinadas contra o sarampo. Salienta-se ainda que o 5º Objetivo foi a melhoria da saúde das gestantes (BRASIL, 2014c), que por consequência do desfecho irá prevenir a morbimortalidade neonatal.

Para atender ao ODM, a TMI, entre 1990 e 2015, deveria ser reduzida em 2/3. Assim, mundialmente, a TMI sofreu decréscimo de 90 para 48 óbitos de menores de um ano, para cada mil crianças nascidas vivas; parte considerável dos países em desenvolvimento, não a alcançaram. O Brasil, foi um dos países que, em 2011, alcançou esta meta, com a redução de 53,7 para 17,7 óbitos por mil nascidos-vivos. Entretanto, a incidência da mortalidade infantil permanece concentrada no período neonatal (0 – 27 dias), especialmente no precoce (0-6 dias) (BRASIL, 2013).

Neste sentido, mesmo em redução, a TMI ainda se apresentava elevada, e foram promulgadas políticas públicas com a participação das esferas municipais, estaduais e federal, com a promoção e ações para a melhoria da assistência obstétrica e neonatal (BRASIL, 2013), algumas destas serão abordadas adiante.

O Brasil promoveu expansão importante da rede básica, mediante o Programa Saúde da Família e, a transferência de renda para o combate à mortalidade infantil com o Bolsa Família; a melhoria da atenção à Saúde Indígena, reduzindo a mortalidade das mulheres indígenas em idade fértil, materna, infantil e fetal, que ainda apresentam indicadores superiores à média nacional; e, o Programa Nacional de Imunização (PNI), implantado desde 1973, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil, erradicando, eliminando e controlando doenças que podem ser evitadas com a vacinação, como exemplos: a poliomielite, sarampo, rubéola, gripe, hepatite B, febre amarela, de entre outras (BRASIL, 2013).

O Relatório final dos ODM concluiu que, mundialmente, três em cada quatro mortes neonatais são causadas por complicações devido partos prematuros (35%), complicações durante o trabalho de parto e parto (24%) e sepse (15%). E ainda, que muitas destas mortes poderiam ser evitadas por medidas simples e de baixo custo. E o relatório afirma ainda que muitas destas mães e recém-nascidos não recebem as intervenções fundamentais (ONU, 2015a).

A mortalidade neonatal precoce, ocorrida na primeira semana de vida, é o componente mais importante da mortalidade infantil, sendo a prematuridade a

principal causa desses óbitos, com importância relativa maior no primeiro dia de vida. Já a mortalidade neonatal tardia é devida principalmente às infecções perinatais, com exceção da região Sul em que predominam as malformações congênitas (BRASIL, 2014a).

Nesta perspectiva, com o término do período previsto para o alcance dos ODM, mais recentemente, uma nova agenda foi elaborada com o propósito de continuidade de objetivos ainda não alcançados por diversos países, para concluí-los, aliados a outras propostas até 2030. Esses foram denominados de Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e, são compostos por 17 objetivos e 169 metas (ONU, 2015b).

Dentre os ODS o Objetivo 3, intitulado **Saúde de Qualidade**, preserva a preocupação com a vida materna e infantil, ressaltam-se como metas a serem atingidas até 2030:

[...] reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000. [...] acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos. Com o objetivo de que todos os países reduzam a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos-vivos (ONU, 2018, s/p).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO AO NEONATO

Na década de 90, a inclusão do cuidado neonatal nas políticas públicas contribuiu para a mudança da atuação política e técnica relativa à saúde da criança no Brasil, com integração aos diversos setores do governo federal. Este movimento foi fortalecido pela integração entre os profissionais da neonatologia, com atuação acadêmica de reconhecimento nacional (BRASIL, 2017).

As parcerias propiciaram adesão aos princípios federativos da atenção à saúde neonatal como a humanização do cuidado; e, a garantia do respeito à integralidade, singularidade e, boas práticas. Favorecendo assim, a incorporação do cuidado ao neonato como eixo prioritário no âmbito da política pública federal (BRASIL, 2017).

Entre 2000 e 2010, houve investimento em fortes iniciativas políticas voltadas para a atenção obstétrica e neonatal, devido ao quadro da mortalidade neonatal, e às afecções perinatais que figuravam como as principais causas dos óbitos no primeiro

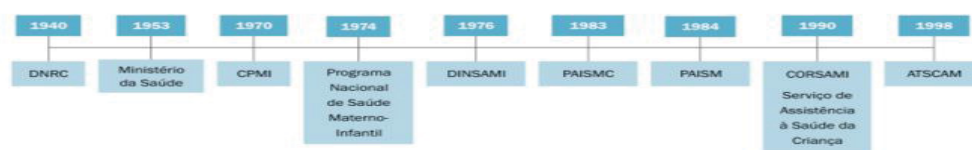
ano de vida, mobilizando a organização e qualificação do cuidado obstétrico e neonatal, como um desafio com necessidade premente de ações de intervenção e vigilância (BRASIL, 2017).

No âmbito perinatal, o *Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento*, iniciado no ano 2000, objetivou a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e, ao recém-nascido. Reforçou a humanização como princípio da qualidade de atenção (BRASIL, 2017).

Em 2004, foi lançado o *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*, este reafirmou e ampliou o conjunto de ações estratégicas com vistas à melhoria do cuidado perinatal. Foram revisadas as práticas assistenciais e rotinas institucionais, com base na: participação e responsabilidade de diferentes atores e instituições; regionalização da assistência ao parto com adequação da oferta de serviços; expansão da Rede de Bancos de Leite; e, implantação da Vigilância Nacional de Óbito Infantil e Fetal. Foi potencializada a atenção perinatal com base nas boas práticas (BRASIL, 2017).

Apresenta-se com a ilustração abaixo, uma série histórica dos setores e programas de atenção à saúde da criança, publicada pelo Ministério da Saúde em 2011, cujo título centra-se na “*Gestão e gestores de política públicas de atenção à saúde da criança: 70 ANOS DE HISTÓRIA*” (BRASIL, 2011a).

FIGURA 2 – LINHA DO TEMPO DA GESTÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL, 2011



LEGENDA

DNRC: Departamento Nacional da Criança
CPMI: Coordenação de Proteção Materno-Infantil
DINSAMI: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
PAISMC: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISC: Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
CORSAMI: Coordenação de Saúde Materno-Infantil
ATSCAM: Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

FONTE: Ministério da Saúde, 2011 (BRASIL, 2011a, p. 15).

3.2.1 Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)

O PAISC, que emerge em 1984 da divisão entre o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) de 1983 (BRASIL, 2011a*), se constituiu por um conjunto de ações que visavam assegurar a integralidade da assistência prestada pelos serviços de saúde, com enfoque de atenção ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança, associando-o à redução da mortalidade infantil (BRASIL, 1984).

Para a implantação deste Programa, foi necessário o aperfeiçoamento dos sistemas de referência, desenvolvimento das secretarias de saúde, e ampliação das ações básicas para assistência integral à saúde da criança (BRASIL, 1984), a saber:

- 1- **Aleitamento Materno** e orientação da **Alimentação Complementar** para o desmame, incluindo práticas educativas no pré-natal, parto e puerpério, com orientação e apoio para amamentação e, estimulação para a implantação do alojamento conjunto nas maternidades;
- 2- **Assistência e controle de Infecções Respiratórias Agudas**, para as quais foram definidos padrões de diagnóstico e terapêutica que orientavam as condutas adequadas à gravidade da situação;
- 3- **Imunização**, visando a redução da incidência das doenças preveníveis por imunização, com estratégias para ampliação da cobertura vacinal;
- 4- **Controle das doenças diarreicas**, com a redução da incidência da desidratação e, conseqüentemente da mortalidade, através de reidratação oral aliada a abordagem nutricional da criança com distúrbios gastro-entéricos; e
- 5- **Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento**, com identificação das crianças com risco para o adoecimento, favorecendo assim as intervenções oportunas.

3.2.2 Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

A IHAC foi criada em 1990, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em resposta ao conjunto de metas criadas pelos ODM, visando resgatar o direito da mulher para aprender e praticar o aleitamento materno com sucesso (IBFAN, 2012).

Desde 1992, o Ministério da Saúde e a UNICEF certificam como Hospital Amigo da Criança as instituições públicas e privadas que cumprem requisitos para uma assistência adequada à mulher e ao recém-nascido. O país contava até 2014, com 312 Hospitais amigos da criança, 212 Bancos de Leite Humano e 128 postos de coleta. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014c).

A IHAC tem como objetivos centrais: reduzir a morbimortalidade infantil com a prática da amamentação; implantar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno; capacitar profissionais para a prevenção do desmame precoce; promover o cuidado amigo da mulher e, cumprir a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL) (BRASIL, 2014c).

O Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014, redefiniu os critérios de habilitação para a IHAC, como estratégia de promoção, proteção e apoio à saúde da criança e da mulher no SUS (BRASIL, 2014d).

Para serem habilitados, os estabelecimentos de saúde devem implementar os dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, a saber:

1. Ter uma política de Aleitamento Materno que seja transmitida por toda equipe de saúde;
2. Capacitar toda a equipe de saúde para a implementação da IHAC;
3. Informar as gestantes sobre os benefícios do aleitamento materno;
4. Colocar os bebês em contato pele a pele por pelo menos uma hora incentivando o aleitamento materno na primeira meia hora de vida;
5. Ensinar as mães como amamentar e manter a lactação quando separadas de seus filhos;
6. Não oferecer ao recém-nascido qualquer outro alimento que não seja o leite materno a não ser por indicação médica e/ou do nutricionista;
7. Praticar o Alojamento Conjunto;
8. Incentivar o aleitamento sob livre demanda;
9. Não oferecer bicos artificiais.
10. Promover formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos após a alta hospitalar (BRASIL, 2014d, p. 3-4).

E ainda, as instituições devem cumprir a Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006, a NBCAL – Norma Brasileira para a Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças da 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras- regulamentada pelo Decreto número 8.552/2015, de 3 de novembro de 2015, com algumas mudanças. Assim, deve haver a garantia da permanência materna e paterna junto ao recém-nascido, nas 24 horas do dia, e as normas e rotinas devem estar descritas, bem como, o desenvolvimento do Cuidado Amigo da Mulher. Por fim, a auto avaliação

deverá ser realizada pela instituição, que deverá se submeter à pré-avaliação e avaliação da IHAC (BRASIL, 2014d; BRASIL 2015).

3.2.3 Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso - Método Canguru

Em dezembro de 1999, foi lançada a *Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso - Método Canguru*, com publicação da Portaria SAS/MS nº 693 em julho de 2000, a qual foi revisada com a Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, e se constitui como uma política complementar à IHAC (BRASIL, 2000; BRASIL, 2007a).

O Método Canguru é um modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção/cuidado biopsicossocial ao recém-nascido e à sua família, além do incentivo à participação dos pais e familiares nos cuidados neonatais (BRASIL, 2017).

A iniciativa, busca melhorar a qualidade da atenção neonatal a partir de uma abordagem humanizada e segura, promovendo o *contato pele a pele entre bebê e sua mãe/pai (Posição Canguru)*, o mais precocemente possível, de forma gradual e progressiva. Pois, este contato favorece o vínculo mãe-filho, auxilia na estabilidade térmica, estimula o aleitamento materno, reduz o tempo de separação entre o bebê e sua família, além de minimizar o risco de infecções e, conseqüentemente, também o tempo de permanência no hospital (BRASIL, 2000).

3.2.4 Programa Mãe Curitibana

Este Programa criado em 1999 foi atualizado em 2012, com princípios fundamentais de respeito e de humanização na atenção à saúde da mulher e da criança no município de Curitiba, Paraná. Tem como objetivo humanizar o atendimento e aumentar a segurança, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção às gestantes e seus recém-nascidos (CURITIBA, 2012).

De início, as Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) acolhem as gestantes, programando o acompanhamento da gravidez e vinculando-as

às maternidades de referência para o parto de acordo com seu grau de risco gestacional (CURITIBA, 2012).

Além da atenção ao pré-natal, oferece atenção ao parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar. Englobando ações de educação em saúde, como oficinas de preparação ao nascimento, aleitamento materno e cuidados com o bebê; estímulo à participação do pai no pré-natal e no processo de nascimento; e, a referência para acompanhamento na Unidade de Saúde após o parto (CURITIBA, 2012).

Para assegurar a assistência integral ao neonato de risco, a SMS incentivou os serviços hospitalares a ampliar o número de leitos de UTI Neonatal e, a criar leitos para recém-nascidos de médio risco (CURITIBA, 2012).

A implantação do Programa Mãe Curitibana visou o respeito e compromisso com a vida, e priorizou as ações como a redução da prematuridade, da mortalidade materna e infantil e a melhoria da assistência pré-natal (CURITIBA, 2012).

3.2.5 Rede Cegonha

A Rede Cegonha foi lançada em 2011, como uma das cinco redes prioritárias das políticas públicas de saúde voltadas para as boas práticas de Gestão na Atenção Obstétrica e Neonatal. Surge frente a um cenário nacional com foco no cuidado perinatal, caracterizado por uma assistência intervencionista e, nem sempre baseado em evidências científicas (BRASIL, 2017).

Esta Rede de Atenção à Saúde visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e, à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério. E ainda à criança, o direito ao nascimento seguro e, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis no período de zero aos 24 meses de idade. Tem como meta a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, que garanta o acesso, acolhimento e resolutividade, para manter a redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha é organizada em 4 componentes:

- I- Pré-Natal;
- II- Parto e Nascimento;
- III- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança**

IV- Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

O componente III abrange ações: de promoção ao aleitamento materno; acompanhamento do recém-nascido e, da puérpera na atenção básica; rastreamento de crianças em situações de vulnerabilidade; estratégias de educação relacionadas à educação sexual e reprodutiva; distribuição e orientação sobre métodos contraceptivos; e, prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e hepatites (BRASIL, 2011a).

Destarte, todo o recém-nascido deve ter garantida a permanência de sua mãe ao seu lado, durante todo o período de internação. A estratégia do Alojamento Conjunto estimula o contato pele a pele, o aleitamento materno, a participação do pai nos cuidados, a oferta de exames de triagem neonatal e, a contra referência para a continuidade do cuidado na atenção básica (BRASIL, 2011a).

3.2.6 Rede Mãe Paranaense

Na perspectiva da Rede Cegonha, e do Programa Mãe Curitibana, de 2012, o Estado do Paraná implantou a *Estratégia da Rede Mãe Paranaense*. Este emerge com a proposta de organizar a Rede de Atenção Materno-infantil e, reduzir os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e vinculação adequada da gestante ao hospital de referência, bem como, o recém-nascido (PARANÁ, 2012).

Nesta conformidade se desenvolvem ações de captação precoce da gestante, com acompanhamento de pré-natal com, no mínimo, 17 exames e sete consultas, sendo estas últimas, realizadas tanto por enfermeiros como por médicos na atenção primária. E, sobretudo, apresenta forte ênfase na estratificação do risco das gestantes e crianças, que deve ser realizada a cada consulta, com encaminhamento para o atendimento especializado. A garantia do parto é praticada de acordo com o risco gestacional e vinculação (PARANÁ, 2012).

A mulher é classificada como **gestação de risco habitual** quando não apresenta fatores de risco de nenhuma ordem, a saber: sociodemográficos, individual, de história reprodutiva anterior, doença pré-existente ou agravo. É classificada como **risco intermediário**, se apresentar uma das seguintes características: ser gestante negra, indígena, com idade abaixo de 20 anos ou acima de 40 anos, analfabetas ou

escolaridade inferior a três anos, história anterior de filho morto e multiparidade maior ou igual a três gestações. E como de **gestação de alto risco** quando apresenta uma patologia pré-existente ou adquirida durante a gestação, retardo do crescimento intrauterino, ou malformação congênita (PARANÁ, 2012).

De acordo com a estratificação, os hospitais e maternidades de risco habitual deverão dispor de equipe médica e de enfermagem por 24h, respeitar a vinculação do parto de risco habitual, permitir a presença do acompanhante durante toda a internação, favorecer condições para o parto natural, dispor de Comissão de Mortalidade Materna e Infantil, comprometer-se com a realização da vacina contra hepatite B, e assumir a responsabilidade de alimentar os sistemas de informações – SIM e SINASC (PARANÁ, 2012).

Além dos critérios descritos no Risco Habitual, as instituições de Risco Intermediário deverão dispor de equipe médica com obstetra, anestesista, pediatra e de enfermagem 24h, aderir à vinculação do parto de Risco Intermediário e dispor às centrais de leitos e regulação estadual, do número acordado de vagas para os municípios da sua regulação. As Instituições de Alto Risco devem dispor de equipe médica com obstetra, pediatra, anestesista, intensivista e de enfermagem 24h e aderir à vinculação do parto de Alto Risco (PARANÁ, 2012).

Quanto às estratégias voltadas especificamente à saúde do neonato, a Rede Mãe Paranaense visa padronizar a utilização da Carteira da Gestante e da Criança, em todo o Paraná. Além de, instituir incentivo de qualidade ao parto e ampliar ações de promoção e proteção ao aleitamento materno, com a garantia de oferta de leite humano aos bebês de risco, de maneira que prevê o investimento na melhoria da qualidade dos Bancos de Leite Humano e Postos de Coleta (PARANÁ, 2012).

3.2.7 Atenção Integral ao Recém-nascido grave ou potencialmente grave

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 930, de 10 de maio de 2012, definiu as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade neonatal no âmbito do SUS (BRASIL, 2017).

A Portaria registra claramente a perspectiva da integralidade e da humanização no cuidado neonatal e detalha como diretrizes para a atenção

integral e humanizada ao recém-nascido: o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; a promoção da equidade; a integralidade da assistência; o cuidado multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; a atenção humanizada e o estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido. (BRASIL, 2017, p. 21).

O conceito de unidade neonatal é fortalecido e há indicação de que seus componentes devem se articular a cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido (BRASIL, 2017).

A partir desta Portaria as **unidades neonatais** no âmbito do SUS passam a ser divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos:

I – *Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal)*.

II – *Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN)*, com duas tipologias:

a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (**UCINCo**).

b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (**UCINCa**) (BRASIL, 2017).

Enfatiza-se que os aspectos valorizados como marcos centrais da Rede Cegonha, tais como a vinculação ao pré-natal, acolhimento e classificação de risco e, o direito ao acompanhante da escolha da mulher, estão em consonância com os aspectos preconizados pelo Método Canguru, como: cuidado com as especificidades da gestação de risco diante da maior probabilidade de nascimentos prematuros, acolhimento do recém-nascido e de sua família, e estabelecimento de redes sociais de apoio (BRASIL, 2017).

3.2.8 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

A PNAISC foi instituída mediante a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, com o propósito de promover a saúde da criança e o aleitamento materno, com foco nos cuidados gestacionais e, das crianças após o nascimento, com atenção especial à primeira infância e às populações vulneráveis (BRASIL, 2015).

A PNAISC foi estruturada em *sete eixos estratégicos* com o objetivo de qualificar os serviços de saúde, para o nascimento e desenvolvimento na infância, são eles:

- I. Atenção humanizada e de qualidade à gestação, parto e nascimento, abrangendo ações do pré-natal e acompanhamento da criança;
- II. Apoio e proteção ao aleitamento materno e promoção da alimentação complementar saudável;
- III. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança;
- IV. Atenção integral a crianças com agravos e com doenças crônicas;
- V. Atenção integral à criança em situação de violência seja de natureza física, sexual e psicológica, negligência e/ou abandono e prevenção de acidentes;
- VI. Atenção à saúde de crianças com deficiência ou vulneráveis;
- VII. Vigilância e prevenção do óbito materno, fetal e infantil.

(BRASIL, 2015, p.3).

As *ações estratégicas* (BRASIL, 2015) de atenção ao parto e nascimento no PNAISC, abrangem:

- Prevenção da transmissão do HIV e sífilis;
- Assistência humanizada e qualificada no momento do nascimento por meio da capacitação da equipe médica e de enfermagem para prevenção de asfixia;
- Atenção ao recém-nascido de baixo peso/pré-termo de acordo com o Método Canguru;
- Qualificação da atenção neonatal para recém-nascidos graves internados em UTIN, UCINCo, e UCINCa;
- Alta do recém-nascido com vinculação na atenção básica e triagens neonatais universais.

E voltadas para o **cuidado neonatal**, algumas estratégias são preconizadas por esta Política (BRASIL, 2015):

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança;
- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB);
- Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA);
- Rede de Bancos de Leite Humano;
- Implementação da NBCAL;
- Disponibilização da Caderneta de Saúde da Criança; e
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância.

3.3 ARCABOUÇO NORMATIVO PARA A ASSISTÊNCIA NEONATAL

A preocupação com as boas práticas e com a excelência clínica mobilizaram os serviços para a incorporação de mudanças físicas e, nos processos de trabalho, todas elas compatíveis com a melhor técnica de cuidado. Esses avanços têm propiciado aos profissionais, desde a formação, uma vivência em serviços de atenção, comprometida com o cuidado neonatal (BRASIL, 2017).

As instituições objetivam o cuidado humanizado ao recém-nascido e, à sua família, desde a estrutura física, com as rotinas institucionais e, institucionalização das auto-avaliações, conforme preconizado em normas técnicas, manuais e portarias do MS, desde o final da década de 90 (BRASIL, 2017).

A adoção de boas práticas implica excelência clínica, requerendo ao serviço a incorporação de práticas assistenciais humanizadas, pautadas nas melhores e atuais evidências. Estes avanços propiciam um cuidado seguro e com comprometimento com a qualidade assistencial ao recém-nascido. Nesta perspectiva o (re)conhecimento dos regulamentos e diretrizes preconizadas mediante publicações no cenário brasileiro é essencial para o desenvolvimento da prática assistencial.

3.3.1 Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº36 de 2008

A RDC nº 36, dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, com o objetivo de estabelecer padrões para estes serviços, fundamentados na qualidade, humanização e controle de riscos. Tem seu desenvolvimento direcionado para as condições organizacionais, infraestrutura, recursos humanos, materiais e equipamentos, processos operacionais assistenciais, transporte de pacientes, prevenção e controle de infecção, biossegurança, notificações de eventos adversos graves, descarte de resíduos e avaliação (BRASIL, 2008a).

Se aplica aos serviços de saúde (públicos, privados, civis ou militares) que exercem atividades de atenção obstétrica e neonatal, como serviço de saúde independente ou acoplado a um hospital geral, inclusive aos que são cenários de ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2008a).

De acordo com a RDC 36, a estrutura dos serviços de atenção obstétrica e neonatal deve permitir a presença de **acompanhante de livre escolha da mulher**, no acolhimento, no trabalho de parto, no parto e pós-parto, bem como, **ambiência acolhedora, alojamento conjunto e ações de humanização**. A equipe do serviço de saúde deve **estabelecer protocolos, normas e rotinas técnicas** em conformidade com a legislação vigente e, as bases científicas comprovadas (BRASIL, 2008a).

3.3.2 Documento Científico do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria

De acordo com este Documento, as instituições que assistem à mulher e ao recém-nascido devem dispensar atendimento humanizado à mãe e neonato. Os locais de ocorrência de assistência integral ao recém-nascido se referem à: Sala de Parto, Alojamento Conjunto, UCINCa, UCINCo, UTI Neonatal, transporte intra e inter-institucional, Ambulatório de Acompanhamento de Recém-nascidos de Baixo Risco e, Ambulatório de Atenção Integral ao Desenvolvimento de Recém-nascidos de Risco (SBP, 2010).

É apontado que uma maternidade ou hospital com maternidade, deverá contar com serviços no próprio local, ou instituição conveniada conforme apresentado Na Figura 3. Além disto, a Instituição deverá realizar, no próprio local ou em outra instituição conveniada, no mínimo, os seguintes Exames de Triagem no recém-nascido: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatia, fibrose cística, deficiência auditiva, triagem visual e da retinopatia da prematuridade (SBP, 2010).

FIGURA 3 - SERVIÇOS PRÓPRIOS OU CONVENIADOS NECESSÁRIOS EM HOSPITAIS COM MATERNIDADE SEGUNDO A SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010

Serviços no próprio local em regime de 24 horas:	Serviços no próprio local ou em outra instituição conveniada:	Especialidades médicas e não médicas com habilidades em pacientes pediátricos, no próprio local ou em outra instituição conveniada:
<ul style="list-style-type: none"> • Laboratório clínico para exames de urgência. • Radiologia. • Agência transfusional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratório clínico completo com bacteriologia. • Ultrassonografia. • Eletrocardiografia • Ecocardiografia com Doppler. • Diagnóstico por Imagem: radiologia com exames contrastados, tomografia, ressonância magnética, cintilografia. • Eletroencefalografia. • Banco de leite humano. • Serviço de nutrição enteral e parenteral, Serviço de anatomia patológica e de verificação de óbito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia. • Cardiologia. • Neurologia • Oftalmologia • Infectologia • Genética. • Anatomia Patológica. • Ortopedia. • Nefrologia. • Cirurgia cardíaca • Neurocirurgia • Endocrinologia • Hematologia • Fisioterapia, • Fonoaudiologia • Nutrição • Assistência Social • Psicologia.

FONTE: A Autora (2017), baseado nas recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (2010).

A instituição deverá dispor de Comitê de Estudos de Mortalidade Materna, e de Mortalidade Neonatal, assim como, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, e Protocolos Assistenciais, escritos e atualizados, com treinamento e capacitação para equipe médica e de enfermagem. São preconizados impressos padronizados para o atendimento ao bebê, fluxo de informações aos familiares e, base de dados informatizados (SBP, 2010).

As Instituições deverão utilizar indicadores mensais, estes serem divulgados a toda equipe assistencial, a saber: Taxa Total de Cesárias e específica em primigestas; Taxa de Recém-nascidos ventilados em sala de parto; Taxa de recém-nascidos de baixo peso, muito baixo peso e extremo baixo peso ao nascer; Taxa de Ocupação e Tempo de Permanência dos recém-nascidos nos vários setores; Taxa de recém-nascidos ventilados e/ou com cateter central; Taxas de Infecção Hospitalar e perfil de sensibilidade e resistência aos antimicrobianos; Estatística Vital, estratificada por peso ao nascer e idade gestacional; Escores de risco para mortalidade; Causas

dos óbitos neonatais precoces e tardios; Indicadores de qualidade da assistência e Satisfação dos clientes. (SBP, 2010).

A instituição que presta atendimento ao recém-nascido na Sala de Parto deve estar preparada para receber nascimentos concomitantes, dispondo de área física, equipamentos, materiais, medicamentos e equipe treinada e atualizada específica para cada nascimento (SBP, 2010).

A SBP reforça a importância do Alojamento Conjunto para os recém-nascidos com boa vitalidade e com controle térmico. E ainda que deve haver avaliação de sua capacidade de sucção e deglutição, são situações que possibilitam ao recém-nascido a permanência ao lado da sua mãe durante as 24 horas do dia. Todas estas condições favorecerão o aleitamento materno e o vínculo entre o binômio, bem como, os cuidados assistenciais (SBP, 2010).

3.3.3 Portaria nº 371, de 2014 – Ministério da Saúde

Instituída em 7 de maio, a Portaria nº 371, estabeleceu as diretrizes para Atenção Integral e Humanizada ao recém-nascido ao nascimento nos estabelecimentos de saúde que realizam partos (BRASIL, 2014b).

O serviço deverá garantir a presença de um profissional qualificado e capacitado (pediatra, neonatologista, enfermeira obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou a outro setor/local (BRASIL, 2014b).

O profissional médico ou de enfermagem deverá estar capacitado em reanimação neonatal e, exercitar as boas práticas da atenção humanizada ao recém-nascido, bem como, estar em constante processo de educação permanente e atualizado sobre a Reanimação Neonatal (BRASIL, 2014b). As práticas recomendadas nesta Portaria são:

Para recém-nascidos a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial recomenda-se: I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo com a mãe, mantendo a temperatura ambiente em torno de 26 graus; II – clampear o cordão umbilical após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV HTLV positivas; III – incentivar o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas e IV - postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida, como exame físico, pesagem, medidas antropométricas,

profilaxia da oftalmia neonatal, vacinação, entre outros. (BRASIL, 2014b, p. 2).

Para recém-nascidos pré-termos ou com respiração ausente ou irregular, e tônus diminuído, é preconizado seguir o fluxo do Programa de Reanimação Neonatal, da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2016).

Além disto, o atendimento humanizado ao recém-nascido não se restringe apenas ao seu nascimento, o serviço deve promover este cuidado até a alta, na seguinte perspectiva:

- Garantir que o recém-nascido não seja retirado do ambiente do parto sem identificação;
- Estimular que os procedimentos adotados nos cuidados com o recém-nascido sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais;
- Garantir o monitoramento adequado do recém-nascido, conforme protocolos institucionais, visando à detecção precoce de possíveis intercorrências;
- Garantir a realização de testes de triagem neonatal e imunização, conforme normas e legislação vigentes;
- Estimular o aleitamento materno sob livre demanda;
- Promover orientação e participação da mulher e família nos cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2014a).

3.3.4 Diretrizes para Reanimação Neonatal - SBP

As Diretrizes para Reanimação Neonatal preconizadas pela SBP foram atualizadas em 2016, para atender à necessidade de redução da morbidade e da mortalidade neonatal que são associadas à asfixia perinatal, assim como, da Síndrome de Aspiração de Mecônio (SAM), e incluem: medidas de prevenção primária à saúde materna durante o pré-natal; recursos humanos, capacitados para o atendimento ao parto; medidas de reanimação neonatal propriamente dita; e tratamento das complicações associadas à asfixia (SBP, 2016).

Estas diretrizes têm foco no preparo da equipe de saúde para a assistência na reanimação neonatal, na realização de anamnese materna, e no material que deve estar disponível para uso imediato na sala de parto. A SBP recomenda a presença do pediatra em todo o processo de nascimento, e reforça que as equipes atuantes em

sala de parto estejam treinadas e aptas para realizar todo o procedimento de reanimação neonatal (SBP, 2016).

É preconizado que seja avaliada a vitalidade do recém-nascido ao nascimento, verificando-se: a frequência cardíaca, a respiração, e o tônus muscular. Os resultados desta avaliação subsidiarão condutas médicas e cuidados. O clampeamento tardio do cordão, que se constitui como uma boa prática de atenção ao nascimento, deve ser realizado sempre que o recém-nascido > 34 semanas apresentar respiração espontânea ou chorou ao nascimento, e o tônus muscular em flexão, independente do aspecto do líquido amniótico (SBP, 2016).

Nas circunstâncias acima o recém-nascido deverá ser mantido junto com sua mãe, em contato pele a pele, coberto com tecido de algodão seco e aquecido, com garantia de vias aéreas pervias, sem flexão ou hiperextensão. Salienta-se que o contato pele a pele favorece o início da amamentação na primeira hora de vida (SBP, 2016).

3.3.5 Portaria nº 2.068 de 2016

Como uma das mais recentes diretrizes do Ministério da Saúde, a Portaria nº 2.068, contempla a atenção integral e humanizada a saúde da mulher e do recém-nascido, especificamente no Alojamento Conjunto. É de aplicação compulsória em serviços públicos, privados, das forças armadas, hospitais universitários e de ensino (BRASIL, 2016a).

Define **Alojamento Conjunto** como o **local onde a puérpera e o recém-nascido sadio estáveis permanecem integralmente juntos, desde o primeiro momento após o nascimento até a alta de ambos**. Este ambiente favorece o vínculo familiar, auxilia no apoio, promoção e proteção ao Aleitamento Materno. Este cenário prevê a redução dos riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) com o fortalecimento do cuidado ao recém-nascido prestado pela mãe e por equipe de saúde capacitada (BRASIL, 2016a).

Para ser considerado estável o recém-nascido deverá: estar com boa vitalidade; ter capacidade de sucção em seio materno; apresentar garantia de controle térmico; peso maior do que 1.800g (RN de baixo peso; idade gestacional maior ou igual a 34 semanas; apresentar patologias sem gravidade, como a ictérica,

malformações menores e, não utilizar antibioticoterapia para sífilis ou infecção neonatal (BRASIL, 2016a).

Nestes ambientes deve também ser respeitada a individualidade das mães que, por algum motivo, estejam impedidas de amamentar, sobretudo, aquelas que sofreram uma perda gestacional (BRASIL, 2016a).

O Alojamento Conjunto, para cada 20 binômios, deverá contar com equipe de enfermagem composta por um enfermeiro para a função de Coordenação e, outro para a assistência. Ambos, preferencialmente, com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou dois anos de experiência na área, além de um profissional técnico para cada oito binômios (BRASIL, 2016a).

Quanto a equipe médica, são preconizados Pediatra e Obstetra, sendo um de cada categoria para cada instância de trabalho, a saber: responsabilidade técnica, assistência e, para as visitas diárias (os médicos conhecidos como horizontais) (BRASIL, 2016a).

A equipe multiprofissional pode ser composta por profissionais da psicologia, serviço social, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, de entre outros (BRASIL, 2016a).

A Portaria dispõe sobre a necessidade de promoção do aleitamento materno mediante livre demanda, direito ao acompanhante, estímulo ao contato pele a pele - posição Canguru, realização do exame físico no berço do RN, adoção de técnicas não farmacológicas para alívio da dor durante procedimentos dolorosos, realização de educação em saúde, orientações quanto aos cuidados de saúde, considerações para alta hospitalar, além de dispor sobre os recursos físicos e materiais necessários no Alojamento Conjunto (BRASIL, 2016a).

A alta da mulher e do recém-nascido deverá ser realizada considerando as necessidades individuais do binômio. É recomendado elaborar um Projeto Terapêutico Singular, com permanência do binômio por, no mínimo, 24 horas, com critérios para a alta (BRASIL, 2016).

Para finalizar este Capítulo é relevante registrar que, as recomendações e diretrizes documentais, devem ser pautadas em evidências científicas e, assim serem traduzidas ou transladadas para a prática profissional.

A translação do conhecimento é um processo proveniente da necessidade de assegurar que o melhor conhecimento, ou seja, a melhor evidência disponível, seja

aplicada na prática e, envolva o processo contínuo e interativo (PEARSON; WEEKS; STERN, 2011).

Diferentes termos têm sido usados para descrever este processo, incluindo disseminação de conhecimento, transferência de conhecimento e tradução de evidências, embora a translação do conhecimento seja a expressão mais utilizada. Qualquer estrutura concebida para apoiar a translação do conhecimento deve abordar a aplicabilidade e transferência, assim como a importância do contexto (PEARSON; WEEKS; STERN, 2011).

Nesse modelo, a etapa de transferência ou translação do conhecimento vem sendo descrita como um processo que é capaz de reduzir a lacuna entre a pesquisa em saúde e a prática clínica, por meio da sua implantação (SANTOS; RIESCO, 2016).

3.4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este capítulo foi desenvolvido mediante a teorização da Avaliação em Saúde, adotando-se como base teórica e metodológica o preconizado por Donabedian (1997, 2005, 2014) na abordagem da avaliação para a qualidade, com base na clássica Tríade de avaliação da Estrutura, Processo e Resultado.

3.4.1 Avaliação em saúde: em busca da qualidade e segurança

De acordo com Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação é uma atividade antiga e inerente ao próprio processo de aprendizagem, que agrupa realidades múltiplas e complexas. Os autores brasileiros enfatizaram que a necessidade de avaliação da qualidade dos serviços sanitários emergiu devido à implantação de grandes programas, no decorrer dos anos de 1970. E, avaliar, consiste basicamente em fazer um julgamento de valor, com o objetivo de apoiar a tomada de decisões que dizem respeito à intervenção ou a seus componentes. Portanto, a avaliação pode ser resultado da aplicação de critérios e normas, denominada de *avaliação normativa*, ou acontecer a partir de um processo científico para conhecimento da realidade, denominada de *pesquisa avaliativa* (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Contandriopoulos (2006) recomenda a institucionalização da avaliação nos diversos níveis de saúde, com o desenvolvimento de uma cultura de avaliação, que

permita decisões baseadas em evidências, e acompanhe o processo de gestão e planejamento. A institucionalização da avaliação, sobretudo em órgãos públicos é condição essencial para a racionalização de políticas em todo o mundo, com o intuito de melhorar o desempenho das intervenções (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

De maneira que a avaliação deve estar orientada para a ação. E assim, oportunizar aprendizado diversificado, participativo, não-hierárquico, interdisciplinar, válido, prospectivo e democrático. Na prática, no entanto, persiste a necessidade de lideranças, competências, métodos e meios para a institucionalização da avaliação. Enquanto este cenário não for real na prática, é provável que a avaliação se mantenha como um procedimento com propósito limitado, com repercussão não favorável para a melhoria do desempenho do sistema de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A 'avaliação' se diferencia da 'pesquisa' devido seu caráter normativo, que visa medir os efeitos de uma intervenção e, entender como os mesmos foram obtidos, além de julgá-la. É nesta área que o interesse de decisão e os resultados da avaliação, elaboram seus julgamentos, expressam seus valores e, manifestam suas prováveis estratégias (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Dentre as pesquisas realizadas no campo de avaliação em saúde destaca-se a produção de Donabedian, um dos autores mais referenciado por especialistas em gestão da qualidade e segurança. Para Donabedian (1997, 2014), uma avaliação efetiva não se restringe a uma só perspectiva ou a um determinado componente, e deve estar integrada aos três componentes que permeiam as ações de saúde: estrutura, processo e resultado.

Avaliar a estrutura é entender em que medida os recursos, sejam eles físicos, materiais e humanos são empregados para atingir determinados resultados; e **avaliar o processo** é saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados, comparando-os a critérios e normas pré-determinadas, e com vistas à resultados adequados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Para Donabedian, a *estrutura*, se relaciona aos recursos humanos, físicos, materiais, tecnológicos, de informação e, ao modelo de gestão (DONABEDIAN, 1997, 2005). Entende-se por estrutura os meios materiais que devem ser empregados para proporcionar a atenção à saúde, configurando uma referência às características mais constantes do sistema de atenção à saúde (DONABEDIAN, 2005).

Já como *processo* se compreende as atividades que envolvem os profissionais e os usuários, as práticas, as quais têm base em padrões determinados.

Ainda segundo Donabedian (1997), os *resultados* consistem no produto final da assistência prestada, a análise do estado de saúde e da satisfação dos padrões e, das expectativas dos usuários. Os resultados dos cuidados prestados, a recuperação, a reabilitação e, a sobrevida têm sido frequentemente utilizados como indicador de qualidade assistencial. E para tanto, a avaliação da estrutura e dos processos têm colaborado (DONABEDIAN, 2014).

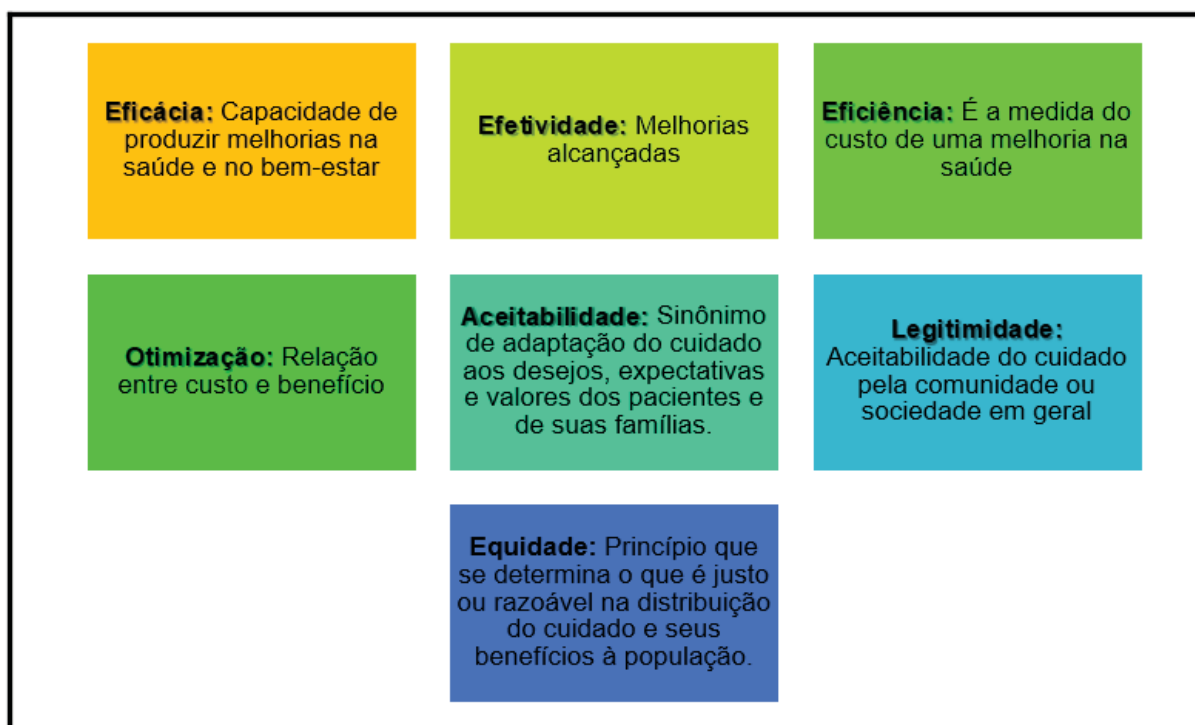
Para Champagne e colaboradores (2011), a *qualidade nos serviços de saúde* se baseia na adequação do processo de cuidado às normas profissionais e, é determinada por um conjunto de atributos que favorecem o melhor resultado, com base nos atuais conhecimentos, tecnologia, expectativas e normas (CHAMPAGNE et al., 2011).

Para Donabedian (2005), a *qualidade* é difícil de ser definida especialmente na área da saúde, normalmente se apresenta como um reflexo dos valores e objetivos da assistência. Neste sentido, Donabedian (2014) aponta para os **Sete Pilares da Qualidade**, os quais também são reiterados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em Manual que versa sobre a segurança e qualidade nos serviços de atenção materna e neonatal, a saber: **eficácia; efetividade; eficiência; otimização; aceitabilidade; legitimidade e equidade** (DONABEDIAN, 2014; BRASIL, 2014a).

De modo que a *qualidade* pode ser apreendida sob um conceito mais amplo, e, a *segurança*, definida como parte da qualidade, que tem seu foco na prevenção de riscos e na melhoria de processos assistenciais. Destarte, uma estará sempre atrelada a outra (BRASIL, 2014a). Na Figura 4, estão sintetizados os Sete Pilares da Qualidade de acordo com Donabedian (2014).

A medida da qualidade que se espera obter no atendimento prestado é chamada *grau de qualidade*, esta aponta para o equilíbrio entre os riscos e os benefícios, com o propósito de alcançar as medidas máximas. Por definição, os avanços das ciências médica e da tecnologia tendem a aprimorar a capacidade de obtenção dos maiores benefícios, menores riscos ou ambos. Os pacientes também, com seus valores e expectativas em relação ao processo assistencial, contribuem fortemente para a definição da qualidade (DONABEDIAN, 2014).

FIGURA 4 – OS SETE PILARES DA QUALIDADE SEGUNDO DONABEDIAN



FONTE: Donabedian (2014), organizado pela autora.

Já, para Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação do processo é composta por três dimensões: a *dimensão técnica* dos serviços que inclui a verificação da qualidade definida a partir dos critérios e das normas profissionais; a *dimensão das relações interpessoais* que avalia a interação psicossocial existente entre clientes e prestadores de serviços de saúde e; a *dimensão organizacional* que trata da acessibilidade, cobertura dos serviços e continuidade dos cuidados e serviços.

Nesta perspectiva, a apreciação dos resultados consiste em verificar se os resultados observados correspondem aos esperados, ou seja, aos objetivos que a intervenção se propôs a atingir. E, com isto se comparam os índices dos resultados obtidos, com os critérios e normas de resultados esperados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Sendo assim, segundo Vituri et al. (2013), as metodologias avaliativas são indispensáveis ao aperfeiçoamento das ações, tendo em vista que possibilitam a análise das potencialidades e fragilidades de aspectos da estrutura, processos e resultados.

No Brasil, a implantação de um sistema de avaliação formal e rotineiro da qualidade dos serviços de saúde, ainda é recente e pouco utilizado. Situação que sinaliza pela necessidade de iniciativas voltadas para programas de avaliação e

melhoria da qualidade dos serviços, como: a acreditação hospitalar, certificações, e a satisfação dos clientes (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).

À este contexto teórico se aproxima a atenção ao recém-nascido. E, com base na vulnerabilidade inerente a este segmento populacional, sua assistência é entendida como complexa, pois impõe a frequente necessidade de tecnologias que, geralmente estão associadas aos elevados custos. No entanto, são incipientes os estudos relativos ao acesso de qualidade para os recém-nascidos aos serviços especializados, bem como, da disponibilidade dos recursos humanos e materiais adequados, e ainda, da eficácia dos processos de qualidade. Fato este, que justifica e reitera a necessidade da avaliação da atenção neonatal, com o objetivo de reduzir os agravos, a morbimortalidade neonatal, e como consequência, viabilizar o alcance dos níveis satisfatórios de assistência (ROSA; GAÍVA, 2009).

Nesta vertente, a avaliação da estrutura e do processo de atenção hospitalar ao neonato, com base em arcabouço normativo e nas evidências científicas, se reveste de especial importância, pois foca em aspectos que necessitam ser revistos, discutidos e trabalhados em todas as esferas do cuidado.

A assistência hospitalar prestada ao recém-nascido está pautada em vários espaços e níveis de cuidados, que se iniciam no Centro Obstétrico e, são complementados, no Alojamento Conjunto e/ou em Unidade Neonatal. Rosa e Gaíva (2009) registram que o processo de organização destes serviços no âmbito hospitalar contribuiu para a definição de ambientes assistenciais adequados à condição do neonato, seja ele de baixo risco, atendido no Alojamento Conjunto, ou de alto risco, atendido nas unidades neonatais (ROSA; GAÍVA, 2009).

A avaliação da assistência neonatal poderá ser realizada com obtenção, análise e monitoramento de indicadores de mortalidade e de indicadores específicos da qualidade da assistência neonatal como: taxa de alojamento conjunto, Apgar no primeiro e quinto minuto, e índice de aleitamento materno.

A avaliação auxilia no planejamento estratégico, no gerenciamento de recursos físicos, materiais e econômicos, no dimensionamento de pessoal e na busca por melhores padrões de qualidade (BRASIL, 2014a).

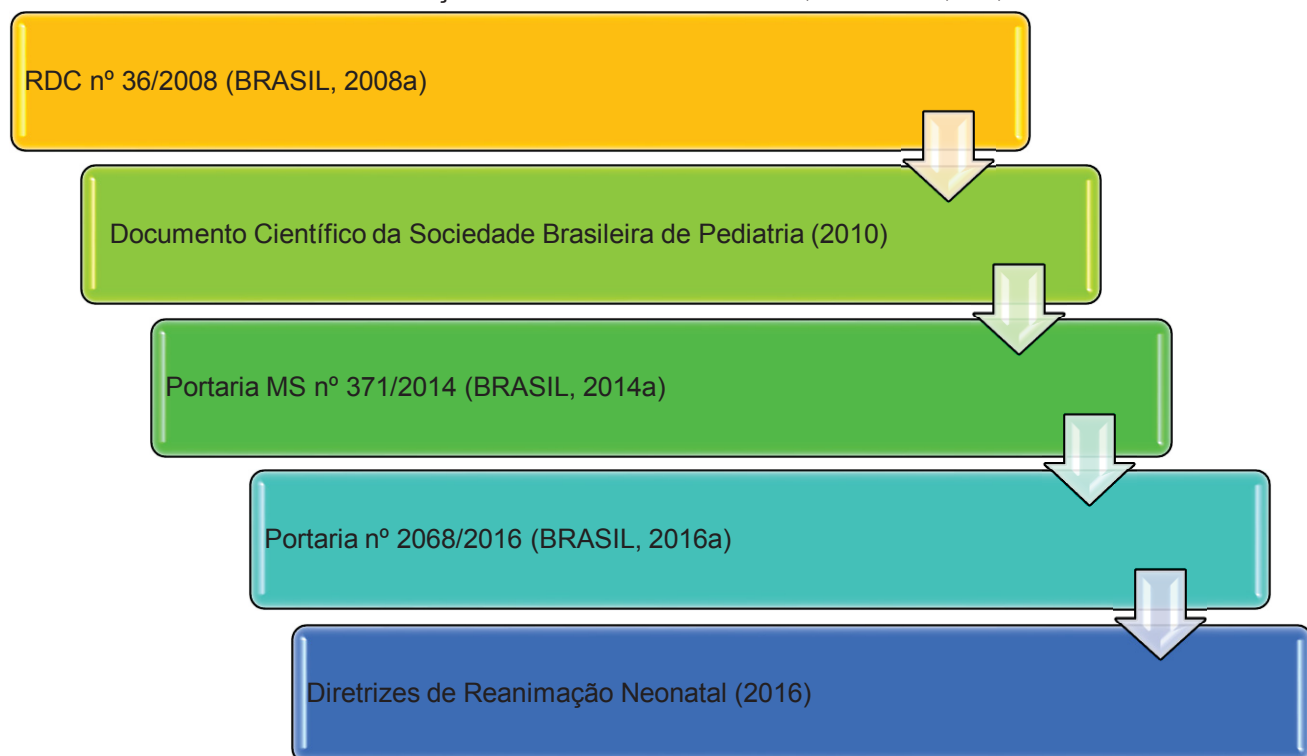
No Brasil, apesar das diversas normativas, os serviços de atenção neonatal apresentam dificuldades em atender as exigências recomendadas pelo Ministério da Saúde, funcionando de maneira precária, segundo as autoras. Pouco se conhece

sobre a estrutura e organização destes serviços (UTIN, UCIN e Alojamento Conjunto), nas mais diversas regiões (ROSA; GAÍVA, 2009).

Em pesquisa realizada por Oliveira e colaboradores (2015), foram avaliadas três maternidades de risco habitual de Curitiba, com a utilização de variáveis contidas no *Score* de Bolonha e, extraídas de prontuários, como: presença de acompanhante; uso de partograma; ausência de estimulação ao trabalho de parto; parto em posição não supina e; contato pele-a-pele da mãe com o recém-nascido. Como resultados estritamente relacionados ao atendimento do recém-nascido, o contato pele a pele não foi registrado em 75,1% dos 406 prontuários avaliados. Nos que continham este registro, não havia considerações quanto a duração e o momento em que ocorreu. Esta pesquisa evidenciou que a prática obstétrica ainda apresenta características de um modelo de atenção que “está na contramão de propostas mundiais e nacionais para o parto humanizado” (p. 183), o que corrobora em desacordo com os padrões recomendados de qualidade.

Com base no desenvolvimento teórico apresentado neste Capítulo, reste estudo normativo foi desenvolvido, com foco na avaliação da estrutura e dos processos de atenção ao recém-nascido. Possui como suporte fundamental as normas e critérios atualmente utilizados, a saber: RDC nº 36/2008; Documento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2010, Portaria MS nº 371/2014; Portaria MS nº 2068/2016; e, Diretrizes de Reanimação Neonatal de 2016, conforme apresentados na Figura 5 (BRASIL, 2008a; SBP, 2010, BRASIL, 2014b; BRASIL, 2016a; SBP, 2016).

FIGURA 5 - NORMATIVAS PARA ATENÇÃO NEONATAL UTILIZADAS, CURITIBA, PR, 2018



FONTE: A Autora com base nos documentos BRASIL, 2008a; SBP, 2010, BRASIL, 2014b; BRASIL, 2016a; SBP, 2016.

Sendo assim, a trajetória teórica metodológica de avaliação normativa foi utilizada para atender o objetivo geral de: *Preconizar diretrizes para a atenção neonatal em Maternidade de Risco Habitual, Curitiba, PR.*

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa consiste em uma avaliação normativa que tem como embasamento as atuais diretrizes e normativas nacionais, para a análise da estrutura e do processo de atenção ao recém-nascido, em uma Maternidade de Risco Habitual, localizada no município de Curitiba, estado do Paraná. Foi desenvolvida uma pesquisa descritiva e exploratória, para atender aos objetivos de caráter descritivo observacional e de interrogação.

Na perspectiva de Donabedian (2005) a avaliação efetiva não se restringe a uma só dimensão ou a um determinado componente isolado, mas requer a integração dos três componentes que permeiam as ações de saúde, denominado pelo autor como 'Tríade Estrutura, Processo e Resultado'.

Assim, ao ser **avaliada a estrutura** analisar-se-á os *recursos humanos e materiais* necessários para a estratégia de atenção e cuidado em saúde. E ainda, a maneira como se relacionam e se organizam, para atender ao objetivo de determinar a qualidade assistencial. Já a **avaliação do processo** tem como foco da análise as *práticas multiprofissionais*, e a sua conformidade com as orientações, diretrizes e protocolos recomendados. Para a concretização da avaliação utilizam-se de consultas e obtenções de dados oriundos de protocolos, livros de registros, indicadores, resultados de observação sistemática, de entre outras fontes documentais e de interrogação. Por fim, para a *avaliação dos resultados*, são analisados os efeitos da prática profissional no respectivo cenário e contingência das estratégias de atenção à saúde, em determinado espaço e tempo. Para Donabedian, *uma boa estrutura poderá contribuir com um bom processo*, este, por sua vez, se de qualidade, também, contribuirá para bons resultados (DONABEDIAN, 2005; 2014)

Nestas perspectivas, a presente pesquisa valeu-se de avaliação normativa da estrutura organizacional e das práticas assistenciais da equipe multiprofissional na atenção ao recém-nascido, em uma maternidade de risco habitual.

No método de *abordagem quantitativa* consideram-se essenciais as informações numéricas de uma amostra representativa dos envolvidos no fenômeno (LAKATOS; MARCONI, 2017), e ainda, para Berelson citado por Lakatos e Marconi (2017, p. 324) ela se utiliza de “descrição objetiva, sistemática e quantitativa do

conteúdo manifesto da comunicação”. Acrescenta-se que a abordagem quantitativa parte da evidenciação dos fenômenos com a valorização dos mesmos com o objetivo de estabelecer hipóteses ou ideias, para no processo avaliativo, fundamentá-las, analisá-las e, por fim, propor a modificação, os ajustes, das respostas aos fenômenos (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Na presente pesquisa, o fenômeno em estudo é *o cuidado ao recém-nascido em uma Maternidade de risco habitual*, o qual é fundamentado em arcabouço regulamentar e normativo (documental), para o qual recomendou-se diretrizes para adequação e qualificação. As diretrizes são interpretadas como respostas ao fenômeno.

A pesquisa documental é caracterizada por coleta de dados de documentos escritos ou não (LAKATOS; MARCONI, 2017), a partir do objetivo traçado, e da identificação das fontes pertinentes, cujos dados foram extraídos e tratados para a formulação de planilhas de Excel para *Avaliação Estrutural*, bem como, do Formulário, para a Auditoria – *Avaliação do Processo*), de maneira a permitir a construção lógica e redacional do estudo (GIL, 2002).

O *caráter descritivo* diz respeito ao delineamento do que se pesquisa, aborda quatro aspectos: “descrição, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente” (BEST, 1972 *apud* LAKATOS; MARCONI, 2017, p.6). E ainda, descrevem características de uma certa população, relacionando suas variáveis, se ocupam do “atendimento dos serviços públicos de saúde”, dentre outros aspectos relacionados por Lakatos e Marconi (2017, p. 298). Ao desenvolver a relação entre as variáveis a pesquisa descritiva aproxima-se da pesquisa explicativa (LAKATOS; MARCONI, 2017).

A *observação* realizada durante a pesquisa foi na modalidade sistemática ou estruturada e não participante (ANDER-EGG, 1978 *apud* LAKATOS; MARCONI, 2017), portanto somente há registro dos fatos sem envolvimento do pesquisador (LAKATOS; MARCONI, 2017). Entende-se que a observação é uma técnica de coleta de dados que, para obtenção de aspectos da realidade, se utiliza dos sentidos do observador que examinará fatos ou fenômenos que deseja estudar (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Com relação a avaliação do processo acrescenta-se a Auditoria como recurso para a coleta de dados concernentes ao tema que se pesquisa, no caso sobre as

práticas dos profissionais que atendem ao neonato na Maternidade. A Auditoria é recomendada, tanto por Donabedian (2005) como por Gil (2002), para processos de coleta de dados sobre práticas profissionais. A Auditoria pode ser entendida como uma ferramenta de apoio na avaliação, é atividade a ser desenvolvida com a visão da qualidade e sustentabilidade, partindo do pressuposto de que o pilar da auditoria é a recomendação (GIL, 2002).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma Maternidade Municipal de Risco Habitual, que é referência para três Distritos Sanitários da região Sul de Curitiba-PR, portanto responsável por 44 Unidades de Saúde. A Maternidade pertence à Prefeitura Municipal de Curitiba, é administrada pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (Feaes) desde março de 2013. A Fundação pertence a administração indireta da Prefeitura Municipal de Curitiba, instituída pela Lei Municipal nº 13.663 de 21 de dezembro de 2010 (CURITIBA, 2010).

A instituição hospitalar conhecida como Maternidade Bairro Novo tem como nome jurídico **Centro Médico Comunitário Bairro Novo (CMCBN)**. Sua Missão é: *“Prestar assistência integral além de outras recomendações, humanizada e segura à gestante, puérpera e ao recém-nascido”*. Sua administração local é realizada por Diretorias Executiva e Técnica (a primeira ocupada por profissional da área de formação administrativa e a segunda, com formação na área médica), e por Gerência Médica e de Enfermagem. Em agosto de 2018, teve início a Coordenação de Enfermagem. À administração local são incluídos o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e as Comissões.

Possui a certificação de Hospital Amigo da Criança desde 1998. Fato que determina o atendimento contínuo às recomendações de apoio, incentivo e promoção do Aleitamento Materno, ressaltando, como exemplo, o *contato pele a pele imediatamente após o nascimento* e, o *incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida* (BRASIL, 2014d).

Em março de 2013 é que foram inseridas nesta maternidade a categoria das Enfermeiras Obstétricas. No decorrer de quatro anos, até o final de 2017, frente a significativa saída destas profissionais para assumir outro concurso público, foram

contratadas novas profissionais em fevereiro de 2018, totalizando o quantitativo de 6 enfermeiras obstetras na Instituição, durante o desenvolvimento desta pesquisa.

A maternidade disponibiliza 34 leitos, que estão inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo que destes: 20 leitos são de alojamento conjunto e, 14 de alojamento clínico. O Centro Obstétrico é composto por: duas suítes de parto; duas salas cirúrgicas; uma sala para atendimento ao recém-nascido em caso de necessidade de procedimentos de reanimação; um espaço para atendimento clínico de gestantes e puérperas com 3 leitos; e, uma sala para indução do trabalho de parto com 3 leitos. Não possui Unidade Neonatal, e os recém-nascidos que necessitam de cuidados mais especializados permanecem no Centro Obstétrico, no espaço destinado ao tratamento clínico, devido proximidade ao posto de enfermagem, até sua transferência para unidades de maior complexidade, quando necessário.

Ambulatorialmente, a maternidade, atende em média, 17.853 pacientes por ano e 1.487 pacientes/mês, entre mulheres no período gravídico-puerperal e recém-nascidos.

Como apontado na Tabela 1, em cinco anos (março de 2013 a março de 2018) totalizaram-se 89.266 atendimentos. Ressalta-se que, em média, foram 267 internações por mês e, 3.210 internações anuais (Tabela 2). Donde, pode-se concluir que foram internados ao longo dos últimos cinco anos, em média, 18% dos pacientes atendidos no Pronto Atendimento.

Com relação aos nascimentos, foram realizados em média cerca de 133 partos normais/mês, e 1.603 anuais. Em cinco anos totalizaram-se 8.016 nascimentos por partos normais (Tabela 3). Já quanto aos partos cirúrgicos, houve média 46 cesarianas/mês, e 558 por ano, conforme apresentado na Tabela 4. Concluindo-se pela proporção de 25,8% de partos cirúrgicos, ao longo dos últimos cinco anos na Instituição em estudo.

A Maternidade, em média, recebeu 19 internamentos de recém-nascidos/mês totalizando cerca de 230 internamentos por ano, e 1.148 nos últimos cinco anos (Tabela 5). Os RNs tinham como diagnósticos prevalentes tratamentos de *infecção neonatal*, *sífilis congênita* e *icterícia*. O que sinaliza para a incidência de 10% de internações ou reinternações de recém-nascidos nesta Unidade, ou seja, aponta para a ocorrência de algum tipo de morbidade no período neonatal.

Ocorreram nos últimos cinco anos 241 transferências de recém-nascidos para outros serviços de maior complexidade, com média anual de 48,2 e mensal de quatro transferências (Tabela 6). Pode-se analisar que, nos últimos cinco anos, o percentual de transferência de neonatos foi de 2,2%.

TABELA 1 - NÚMERO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, MARÇO 2013 A MARÇO 2018

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL
2013	***	***	588	943	873	862	865	947	940	1.089	1.052	982	9.141
2014	1.249	1.131	1.279	1.554	1.606	1.456	1.591	1.594	1.565	1.565	1.498	1.574	17.662
2015	1.337	1.512	1.618	1.604	1.527	1.476	1.566	1.612	1.507	1.636	1.466	1.546	18.407
2016	1.651	1.685	1.662	1.581	1.583	1.553	1.518	1.539	1.550	1.586	1.544	1.533	18.985
2017	1.703	1.536	1.861	1.724	1.820	1.665	1.690	1.653	1.653	1.713	1.601	1.621	20.240
2018	1.723	1.430	1.678	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***

FONTE: CMCBN (2018)

TABELA 2 - NÚMERO DE INTERNAMENTOS EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, MARÇO 2013 A MARÇO 2018

INTERNAMENTOS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL
2013	***	***	125	200	183	227	206	238	231	241	206	226	2.083
2014	283	243	302	286	296	274	307	281	268	253	236	245	3.274
2015	295	260	289	267	273	252	272	277	270	291	218	271	3.235
2016	281	302	269	295	307	277	268	293	265	259	233	259	3.308
2017	256	259	296	266	309	287	291	280	280	276	286	242	3.328
2018	304	255	263	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***

FONTE: CMCBN (2018)

TABELA 3 - NÚMERO DE PARTOS NORMAIS EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, MARÇO 2013 A MARÇO 2018

PARTO NORMAL	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL
2013	***	***	101	134	125	126	118	104	120	126	115	118	1.187
2014	152	129	145	163	151	142	155	133	138	126	108	120	1.662
2015	155	125	140	125	129	122	134	138	137	119	93	118	1.535
2016	131	150	120	128	136	132	141	133	128	112	114	112	1.537
2017	127	127	152	135	167	140	151	136	136	125	150	161	1.707
2018	134	125	129	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***

FONTE: CMCBN (2018)

TABELA 4 - NÚMERO DE CESARIANAS EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, MARÇO 2013 A MARÇO 2018

CESÁREA	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL
2013	***	***	19	33	30	37	32	39	31	34	27	39	321
2014	46	40	57	41	40	51	62	62	45	45	46	44	579
2015	54	53	44	46	46	46	38	33	40	46	24	45	515
2016	44	38	52	66	54	50	48	46	40	62	39	57	596
2017	44	47	46	50	59	61	56	56	47	51	44	51	612
2018	62	47	57	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***

FONTE: CMCBN (2018)

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO, E SEU RECRUTAMENTO.

Para a realização de auditoria e geração de informações sobre o processo de trabalho participaram deste estudo os profissionais de saúde, que atuam direta ou indiretamente no cuidado neonatal, da Maternidade, com abordagem individual.

Como critério de inclusão, foram selecionados os profissionais que estavam trabalhando, em regime diário ou em plantão, nos dias da coleta de dados. Portanto, foram incluídos aleatoriamente.

Excluíram-se os profissionais que não assistem aos recém-nascidos, profissionais afastados do serviço por algum tipo de licença, férias ou faltas no momento da aplicação do formulário, bem como, os profissionais que não aceitaram participar da pesquisa (n=3, a saber, 1 pediatra, 1 anestesista e 1 enfermeira).

Cada categoria profissional respondeu ao formulário que lhe era específico e pertinente ao trabalho/abordagem que realizam com o RN. No Quadro 1, podem ser observados os quantitativos dos profissionais no Alojamento Conjunto (n= 23), e no Centro Obstétrico (n=28), bem como, as categorias profissionais que compõem as equipes. Entende-se como equipe multiprofissional neste cenário de prática, as demais categorias profissionais que não da enfermagem e medicina, fazendo menção a assistente social, fonoaudiólogo e à nutricionista.

QUADRO 1 - NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL, LOCAL DE TRABALHO (ALOJAMENTO CONJUNTO E CENTRO OBSTÉTRICO), EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR

Alojamento Conjunto	Nº de profissionais
Enfermeiras	5
Técnicos em Enfermagem	12
Médicos Obstetras	1
Médicos Pediatras	2
Equipe multiprofissional	3
TOTAL	23
Centro Obstétrico	Nº de profissionais
Enfermeiras	5
Técnicos em Enfermagem	10
Médicos Obstetras	5
Médicos Pediatras	5
Anestesiologista	3
TOTAL	28

FONTE: A Autora (2018)

Ressalta-se a predominância da equipe de enfermagem como participantes da pesquisa, dentre os trabalhadores do Alojamento, 65% do total e, 53% no Centro Obstétrico.

Portanto, a abordagem foi individual e aconteceu no desenvolvimento do cotidiano do trabalho, respeitando a disponibilidade temporal dos profissionais, bem como, a sua opção pelo aceite ou não em participar.

4.4 COLETA DE DADOS

Como técnicas de coleta de dados utilizou-se de pesquisa documental, observação não participante, e aplicação de formulário aos profissionais envolvidos no cuidado ao recém-nascido. Todas as etapas e os instrumentos para coleta de dados, assim como o tipo de abordagem, foram elaborados de forma conjunta entre a pesquisadora, a orientadora, e discutidos com profissionais da área acadêmica com experiência no atendimento ao recém-nascido. A coleta foi realizada no período de maio à julho de 2018.

O instrumento para a coleta de dados da *Estrutura* foi elaborado com base nas diretrizes preconizadas para o atendimento humanizado ao recém-nascido (APÊNDICE 1). A observação da estrutura foi realizada pela pesquisadora e norteadora pelo instrumento, nos setores do Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto durante o período diurno, totalizando três visitas às Unidades. Este instrumento, contemplava também variáveis pertinentes aos insumos, às condições organizacionais, ambiência, equipamentos, recursos humanos, e materiais.

Os dados, tanto de avaliação de estrutura, quanto o desenvolvimento da auditoria, foram coletados após o parecer do Comitê de Ética em Saúde do Setor Ciências da Saúde, à Emenda ao Projeto Temático, em desenvolvimento desde 2015, na maternidade em estudo, ou seja, de meados de maio até julho de 2018.

Para o preenchimento do instrumento Estrutural se incluíram os documentos públicos institucionais disponibilizados pela gestão a saber: as escalas de trabalho, os indicadores, os documentos e Portarias de Comissões, Procedimentos Operacionais Padrão e, Protocolos. Foram utilizados indicadores institucionais referentes aos anos de 2017 e 2018.

Para a coleta de dados relativos às práticas assistenciais preconizadas por diretrizes governamentais, foi desenvolvida a *pesquisa documental* com fontes: a) **públicas** nacionais, documentos oficiais, tais como portarias governamentais e diretrizes de sociedades científicas; e b) **particulares**, como categoria de instituição pública de saúde, na qual foram coletados registros constantes em protocolos, manuais, indicadores, relatórios e planejamento estratégico (LAKATOS; MARCONI, 2017).

O Formulário como técnica de interrogação, que segundo Gil (2002, p. 115) é “aplicável aos mais diversos segmentos da população por possibilitar a obtenção de dados facilmente tabuláveis e quantificáveis”, foi utilizado com o objetivo de permitir a participação multiprofissional, pois se constitui como técnica mais adequada para pesquisa de opiniões (GIL, 2002).

O Formulário foi construído pela pesquisadora, com base nas diretrizes nacionais, baseadas nas melhores evidências, com o escopo de obtenção de informações acerca da prática e conhecimento do profissional que assiste o RN, e para propiciar a quantificação e análise das informações referente à atenção e cuidado humanizado ao recém-nascido (APÊNDICE 2 E 3). Esta etapa da Pesquisa foi mediada pela aplicação do formulário, mediante o qual coletaram-se informações acerca das práticas assistenciais, segundo a suas próprias óticas ou percepção. O formulário aplicável ao Centro Obstétrico (APÊNDICE 2) foi composto por uma lista de 25 assertivas; o aplicado aos profissionais do Alojamento Conjunto (APÊNDICE 3), contou com 40 assertivas

Ambos os instrumentos, respeitaram as bases regulamentares e contemplam, Blocos de abordagem à: *Humanização; Monitoramento/Vigilância do RN* (complicações, vitalidade, sinais vitais, dentre outras informações); *Segurança e Qualidade dos Procedimentos e Rotinas; Educação em Saúde e Permanente*; e, *Plano de Alta e/ou Transferência Hospitalar* (Projeto Terapêutico Singular).

As **assertivas**, também denominadas de **afirmativas** no presente estudo, quando sinalizadas traduzem, ou apontam, o conhecimento do profissional às diretrizes atualmente preconizadas. Após a leitura de cada assertiva/afirmativa o respondente sinalizava (com um ‘X’) a frequência com que realiza, a saber: a) *Sempre* ou na *Maioria das vezes*; b) *Raramente* ou *Nunca*; c) *Não se Aplica* (NA). A última categoria da frequência, a de ‘*não se aplica*’, foi disponibilizada para as situações

julgadas pelo profissional respondente como cuidado fora de sua responsabilidade, ou seja, não deveria ser executado, realizado, prestado no processo de cuidado ao RN, por profissionais de sua categoria. Ou seja, um cuidado não competente à categoria profissional.

A aplicação do formulário foi realizada nas instalações da Maternidade, nos três períodos de trabalho (matutino, vespertino e noturno), com duração média de 10-15 minutos para o preenchimento. Após coleta, os dados relativos ao processo de trabalho foram organizados em planilha do Programa *Microsoft Office Excel® 2013*.

A pesquisadora, com o apoio de duas alunas da graduação previamente capacitadas, realizaram a abordagem aos profissionais durante o seus períodos de trabalho. Na abordagem inicial foi explicado o objetivo da pesquisa e como se daria o preenchimento do instrumento de auditoria, o Formulário. Em seguida, foram apresentadas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 4), bem como, os benefícios e possíveis riscos da participação do profissional. E ainda, oferecidas informações sobre a participação ser voluntária e não haver nenhum tipo de custo / ganho financeiro decorrente dela. Por fim, foi explanada a responsabilidade da pesquisadora na obtenção, guarda e tabulação dos dados, e que na publicação dos resultados da pesquisa seria respeitado o sigilo das identidades dos participantes.

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados quantitativos foram sistematizados com o apoio de planilhas no Programa *Microsoft Office Excel® 2013*, para a obtenção dos perfis que foram analisados, apresentados no formato de quadros e gráficos e, a *posteriori* discutidos analiticamente. Os resultados foram apresentados em número absoluto, proporcional e, média. No processo avaliativo da estrutura e do processo da Maternidade o universo das variáveis foi considerado com a mesma relevância.

Os dados foram analisados de forma descritiva de acordo com a conformidade ou não de seu atendimento e, a emissão de juízo de valor se deu, com base em parâmetros relativos a aspectos normativos estabelecidos legalmente e/ou em outros estudos encontrados na literatura. Portanto, ao serem inferidas as conclusões analíticas o foram sustentadas pelo arcabouço legal e normativo desta pesquisa e,

culminaram com a proposição de diretrizes para o cuidado neonatal no serviço em estudo.

No delineamento da análise, os resultados foram subdivididos em cinco dimensões: 1. Condições Organizacionais; 2. Recursos Humanos; 3. Recursos Materiais e Equipamentos; 4. Ambiência; e 5. Processo de Trabalho.

Na *Dimensão das Condições Organizacionais* foi analisada a gestão, bem como a utilização de rotinas e protocolos pré-estabelecidos, os quais orientam e padronizam as atividades desenvolvidas. E ainda, a atualização destes instrumentos utilizados para a manutenção da qualidade do serviço; o cumprimento das normas; o desenvolvimento de treinamentos; a avaliação de indicadores assistenciais (taxas, estatísticas e seu comportamento); a existência e fluxo dos serviços de referência; o monitoramento de notificações compulsórias e de eventos adversos; e, por fim, o de avaliação institucional.

Os indicadores da *Dimensão de Recursos Humanos* possibilitaram a avaliação da composição das equipes assistenciais da Maternidade, com abrangência ao quantitativo e à categoria profissional, a saber: equipe médica, equipe de enfermagem, e multiprofissional.

Os *Recursos Materiais e Equipamentos*, que são essenciais para a qualidade do cuidado, foram mensurados mediante a análise dos insumos presentes nas unidades auditadas. Foi relacionada a disponibilidade destes, com a adequação quantitativa e qualitativa nos setores em análise e, o monitoramento dos mesmos. Quanto aos equipamentos foram identificados os necessários e indispensáveis para o cuidado neonatal adequado e seguro.

Na *Dimensão Ambiência* foram analisadas as áreas físicas das unidades de atendimento ao recém-nascido. Nesta dimensão, foram medidas distâncias entre os leitos, entre o berço e o leito materno, existência de banheiro e pias em proporção às enfermarias e leitos, posto de enfermagem, sala para exames, e outros itens menores como exemplo dispensadores de álcool.

E por fim, analisada a *Dimensão Processo* com formulário de auditoria, possibilitando a identificação da percepção profissional quanto ao cuidado que ele e sua categoria profissional presta aos recém-nascidos, com arguição de variáveis relacionadas à qualidade e humanização da assistência.

Assim, as informações foram geradas a partir da análise da estrutura e do processo de trabalho, as quais foram discutidas sob a perspectiva da literatura correlata e das políticas de atenção neonatal no Brasil.

Por fim, para melhor visualização, apresentam-se no Quadro 2, a partir do detalhamento do segundo objetivo específico desta pesquisa, a síntese dos procedimentos metodológicos, sua relação com os dados e suas fontes, o tratamento e, a análise.

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS, FONTES, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS, SEGUNDO OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR

Objetivos específicos	Procedimentos Metodológicos	Fonte	Tratamento	Análise dos Dados
<i>Avaliar estrutura física, condições organizacionais, recursos humanos, e materiais de maternidade de risco habitual.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Coleta de dados em documentos institucionais; - Observação sistemática e não participante dos aspectos relativos à estrutura, com preenchimento simultâneo de instrumento de coleta de dados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escalas de Trabalho; - Registro de Indicadores do Contrato de Gestão; - Procedimento Operacional Padrão (POP); - Protocolos; - Registros das Comissões; - Observações setoriais; - Materiais; e - Equipamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tabulação dos dados; - Descrição dos achados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise documental; - Análise descritiva (número e proporção) dos indicadores.
<i>Avaliar as práticas realizadas pelos profissionais na assistência ao recém-nascido em maternidade de risco habitual.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de Formulário junto aos profissionais do Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Membros da equipe multiprofissional (n = 51) de assistência ao recém-nascido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tabulação dos dados em planilhas eletrônicas; - Descrição dos achados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise da frequência absoluta e relativa dos dados; - Análise de variáveis de práticas assistenciais; - Identificação de não conformidades para o desenvolvimento de diretrizes.

FONTE: A Autora (2018)

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa é integrada à Pesquisa Temática intitulada “Avaliação da Assistência Obstétrica em uma Maternidade de Risco Habitual após a Implantação da Rede Cegonha: Estratégias e Resultados”, aprovada pelo CEP/SD em 26/06/2015, sob o Parecer nº 1.126.087, CAAE nº 45071015.0.0000.0102, coordenada pela Professora Dra Lillian Daisy Gonçalves Wolff, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Trata-se de uma Emenda apresentada ao CEP/SD, em 14 de setembro de 2017, aprovada em 14 de maio de 2018, sob Parecer 2.652.354.

A presente proposta corrobora com um dos objetivos traçados na Pesquisa Temática, mediante o desenvolvimento de avaliação normativa relacionada às boas práticas de atenção ao recém-nascido. Tem como base teórica os aspectos normativos vigentes para o nascimento, e o atual arcabouço legal que rege a política pública de saúde materna e infantil no Brasil. Nesta conformidade, a avaliação normativa foi direcionada à atenção perinatal, entendendo-a como a estrutura oferecida na vigência do trabalho de parto, e na estrutura e processo do parto e nascimento, até a alta do recém-nascido.

Aos gestores da maternidade em estudo foi solicitada autorização para a realização da pesquisa, após breve apresentação da intenção do trabalho.

Aos participantes da pesquisa foi solicitada a leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICE 4), após os esclarecimentos pertinentes. Foram descritos e informados no TCLE os riscos relacionados ao estudo, que se referem ao constrangimento do profissional ao ser arguido mediante formulário. E também, foi apresentado que os aplicadores de formulário estariam atentos para quaisquer ocorrências, para amenizá-las com o diálogo, e garantir o direito de desistência ao profissional.

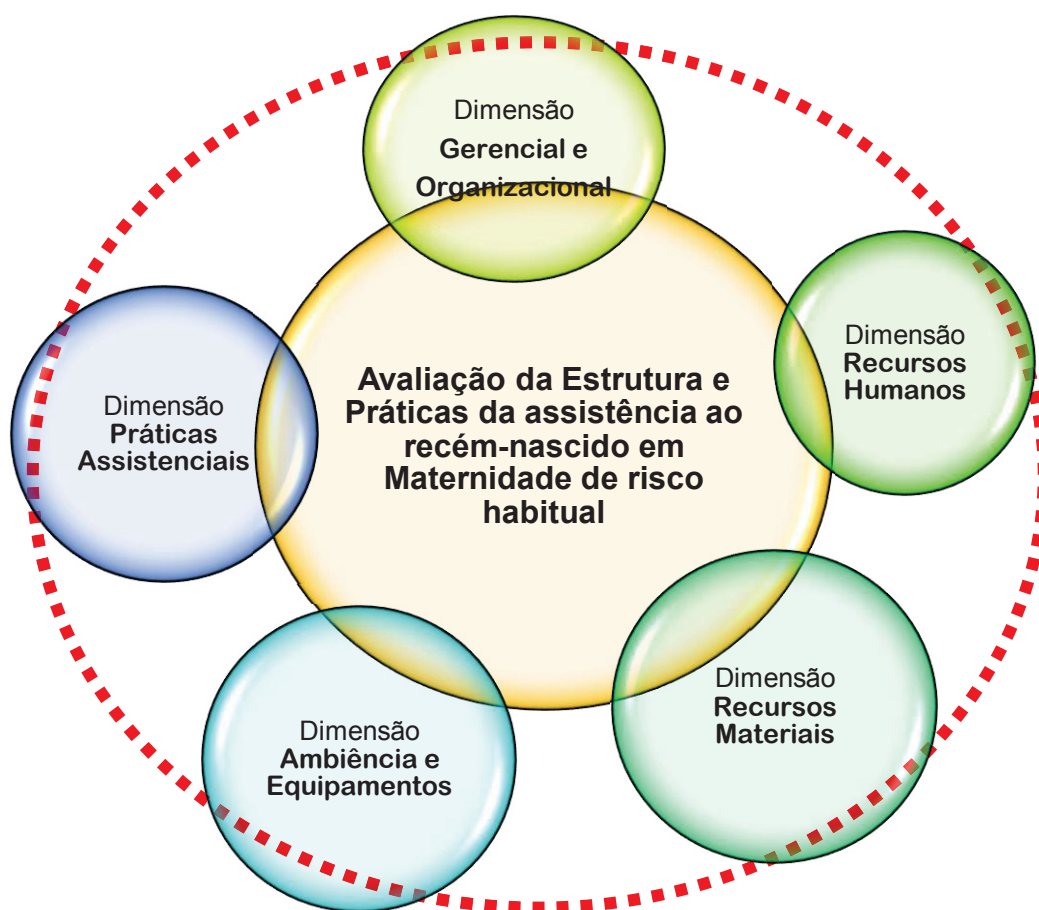
Os benefícios esperados com os resultados desta pesquisa, fundamentados no conhecimento da real estrutura e práticas assistenciais da equipe multiprofissional, e regulamentar, são relacionados à garantia da atenção integral e humanizada ao recém-nascido na Maternidade. Diante dos resultados poder-se-á deflagrar discussões com os gestores, para possíveis ajustes tanto na estrutura quanto no processo assistencial. E contribuir para o desenvolvimento da cultura da qualidade e segurança com as evidências científicas de atenção neonatal. A participação do

profissional poderá gerar benefícios diretos e indiretos, e culminará com a satisfação da oportunidade de conquista de ajustes na assistência ao recém-nascido.

5 RESULTADOS

Os resultados da avaliação da estrutura e do processo assistencial no atendimento ao recém-nascido no Centro Médico Comunitário Bairro Novo (CMCBN), foram organizados mediante categorias, denominadas de *Dimensões*, as quais foram eleitas com embasamento normativo, são apresentadas na Figura 6.

FIGURA 6 – AS CINCO DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO NORMATIVA EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018



FONTE: A Autora (2018)

Neste capítulo são descritos os resultados conforme os dados e informações obtidas a partir dos documentos, da observação sistemática não participante nas unidades de atendimento ao recém-nascido e, do preenchimento do formulário pelos

profissionais de saúde – na sinalização de sua percepção sobre suas próprias práticas assistenciais.

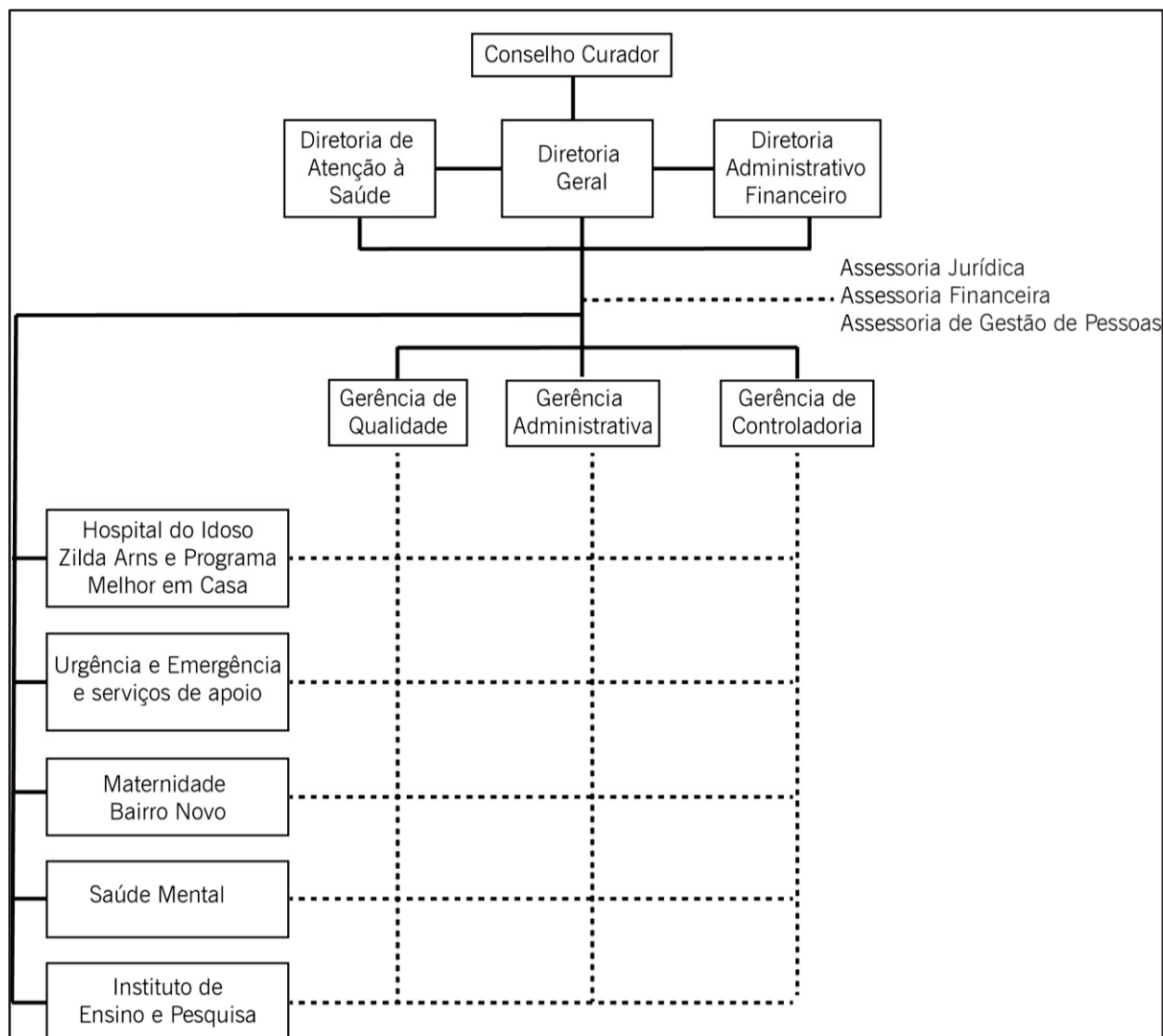
5.1 DIMENSÃO GERENCIAL E ORGANIZACIONAL

Nessa dimensão foram analisados a organização do serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal, mais especificamente, o modelo gerencial, os serviços prestados, os mecanismos de vigilância, gerenciamento e avaliação de riscos. E ainda, foram trabalhados: os indicadores; dados das comissões; as normas e rotinas; e, os protocolos, tanto procedimentos operacionais padrão (POP) como os protocolos institucionais.

A avaliação desta dimensão está fortemente pautada na RDC nº 36, que dispõem sobre o Regulamento Técnico e Funcional dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e, no Documento da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2010, relativo à infraestrutura para atendimento integral ao recém-nascido (BRASIL, 2008a; SBP, 2010).

A Maternidade é administrada, desde de 2013, pela Feaes, como entidade pública de direito privado, que integra a administração indireta da Prefeitura de Curitiba. Esta Fundação não tem fins lucrativos, é de interesse coletivo, utilidade pública e beneficência social. É regida pela Lei Municipal nº 13.663, de 21 de dezembro de 2010, foi criada para executar e desenvolver ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), atua nas áreas ambulatorial, hospitalar, de apoio diagnóstico e ensino e pesquisa (CURITIBA, 2010). Possui um órgão de direção superior (Conselho Curador) e, uma Diretoria Executiva. Este Conselho, por sua vez, é deliberativo, realiza o controle e a fiscalização administrativa da instituição, e conta em sua gestão com assessorias e gerências, conforme o organograma apresentado na Figura 7.

FIGURA 7 - ORGANOGRAMA DA FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE DE CURITIBA - FEAES, CURITIBA, PR, 2018

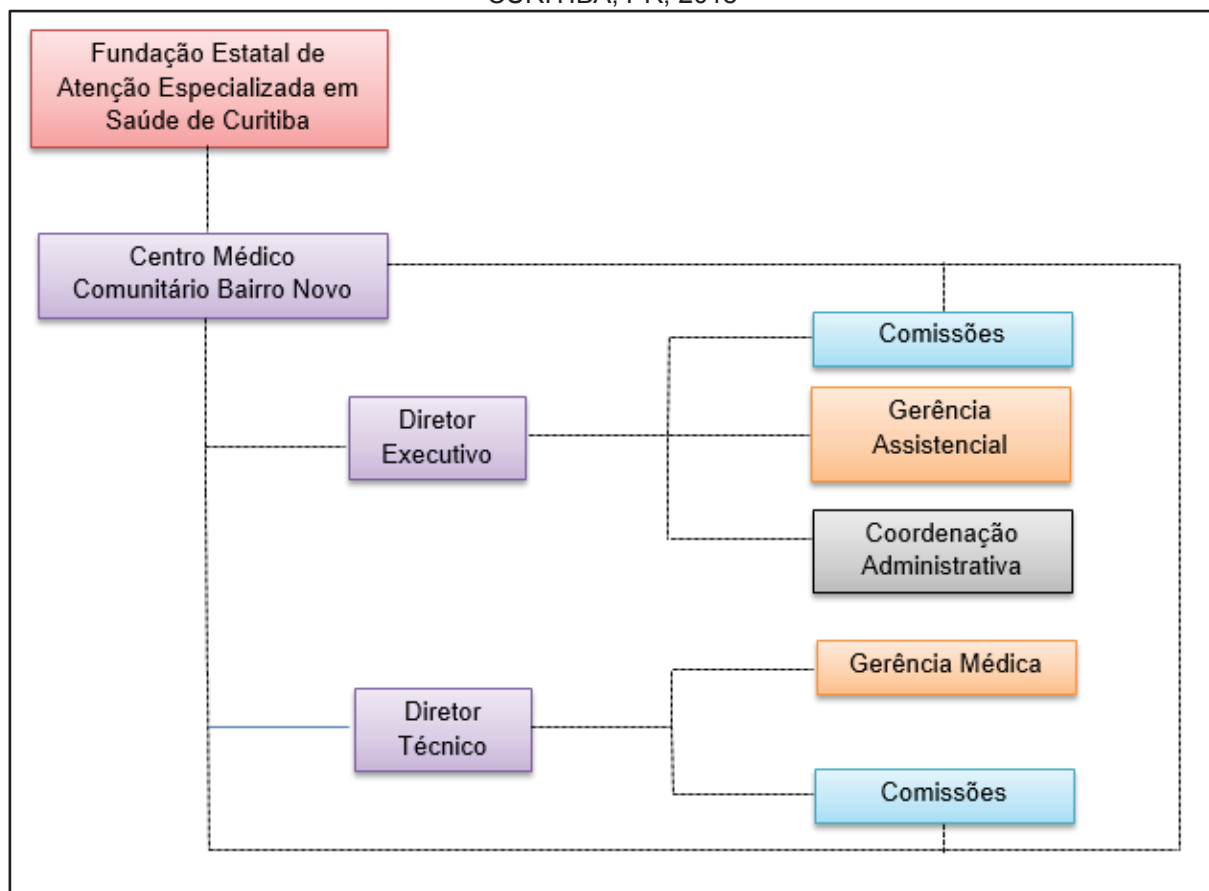


FONTE: Feaes (2018)

A Maternidade possui CNPJ próprio e alvará de licenciamento atualizado, expedido pelo Serviço de Vigilância Sanitária do município de Curitiba. Está adequadamente inscrita, com seus dados mantidos atualizados, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

O CMCBN possui uma **Diretoria Executiva e Técnica** que conta com a gestão, gerências, coordenação e comissões, conforme o organograma apresentado na Figura 8.

FIGURA 8 - ORGANOGRAMA DO CENTRO MÉDICO COMUNITÁRIO BAIRRO NOVO, CURITIBA, PR, 2018



FONTE: CMCBN (s/a), organizado pela Autora (2018)

5.1.1 Serviços Diagnósticos e Terapêuticos

A Maternidade não possui em sua estrutura física: Laboratório Clínico para exames de rotina e urgência; Serviço de Radiologia; e, nem Agência Transfusional. Entretanto, os mesmos são terceirizados e conveniados. O Laboratório atualmente responsável pelo atendimento à demanda da Maternidade, o LACEN – Laboratório Central do Estado do Paraná, atua mediante buscas diárias dos exames de rotina, com frequência de cinco vezes por dia. A coleta de material para exames é realizada pela enfermagem e/ou médicos, estes últimos, em especial, os pediatras, realizam a coleta do recém-nascido. Quando necessário a realização de exames de urgência, é feita uma solicitação de transporte extra, para nova presença de profissionais do LACEN, e encaminhamento do material.

Os profissionais que compõem o Serviço de Radiologia têm como sede a estrutura física e administrativa da Feaes. Entretanto, o CMCBN possui o aparelho disponível na Instituição e, há uma escala de plantão do funcionário para o atendimento à demanda da Maternidade. O relatório emitido pelo serviço de radiologia apontou que, em 2017, foram realizados 165 exames de raio X na Maternidade, e destes, 112 foram em recém-nascidos, com percentual de quase 70% (67,8) dos exames radiológicos; em 2018, até o mês de junho, foram contabilizados 92 exames, quase 73% (n=67) em RN. Prevaecem pedidos de raio x de clavícula, ossos longos e tórax.

Do mesmo modo, a Agência Transfusional tem sede na Feaes e atende as demandas da Maternidade sempre que necessário. Os demais serviços são conveniados com outras instituições, conforme apresentado no Quadro 3.

QUADRO 3 - SERVIÇOS NECESSÁRIOS PARA ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL SEGUNDO SUA DISPONIBILIZAÇÃO NA MATERNIDADE OU EM INSTITUIÇÃO CONVENIADA À MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018

Serviços	Instituições Conveniadas
Laboratório clínico completo com bacteriologia	Laboratório Municipal- LACEN
Ultrassonografia	Referência de exames no recém-nascido o Hospital Pequeno Príncipe
Eletrocardiografia	
Ecocardiografia com Doppler	
Radiologia com exames contrastados	
Tomografia	
Ressonância Magnética	
Cintilografia	
Banco de Leite Humano	Hospital do Trabalhador e Hospital de Clínicas
Serviço de Nutrição Enteral e Parenteral	Hospital do Idoso Zilda Arns (Feaes)
Serviço de Anatomia Patológica	Hospital de Clínicas

FONTE: A Autora com base na RDC nº 36 (2008) e SBP (2010)

São preconizadas também especialidades médicas e não médicas neonatais e pediátricas no próprio local ou em outra Instituição conveniada. São recomendadas as seguintes especialidades: cirurgia, cardiologia, neurologia, oftalmologia, genética, nefrologia, endocrinologia e hematologia (SBP, 2010; BRASIL, 2008a). Na Maternidade em estudo todas as especialidades necessitam ser referenciadas à outras instituições.

5.1.2 Mecanismos de Vigilância e Documentos Institucionais

A Maternidade possui, desde 2013, Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal, conforme preconizam a RDC e a SBP. As reuniões são realizadas para análise do óbito fetal e neonatal, com discussões internas. O convite para essas reuniões é estendido ao Distrito Sanitário local e ao Comitê Municipal. Em 2017, houve 15 óbitos perinatais na Maternidade, destes: 13 fetais, e 2 óbitos neonatais precoce. Até junho de 2018, ocorreram 5 óbitos, sendo 4 fetais, e 1 óbito pós-neonatal, de lactente de 8 meses. Este último, como um caso inédito ao serviço, foi devido ao fácil e rápido acesso ao serviço devido residência próxima a maternidade, mas a mãe trouxe a criança, já em processo de óbito, para o atendimento.

Do total de óbitos com laudos de necropsia salienta-se que: 3 apontaram sinais compatíveis com sífilis congênita; 1 com alterações consequentes à diabetes gestacional; os demais, apontaram para sofrimento fetal agudo, congestão poli/multivisceral e coriamnionite aguda.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do CMCBN é composta por representantes da Direção Executiva, Técnica, Gerência Assistencial e Médica, por uma Enfermeira do Núcleo de Segurança e Qualidade, técnica em segurança do trabalho, e representantes dos Serviços de Farmácia e Nutrição, na pessoa de uma farmacêutica e uma nutricionista, como representantes da equipe multidisciplinar.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), conta com uma enfermeira, que cumpre jornada de 36 horas semanais de trabalho, que atua na vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), e das infecções neonatais, com o monitoramento de suas causas e incidência. Além disto, realiza treinamentos e auditorias setoriais de higiene das mãos. E ainda, integra o SCIH, com presença em uma dia por semana, uma médica infectologista da Feaes.

Particularmente, a vigilância das IRAS é realizada mediante um conjunto de ações de rotina, a saber: visitas às unidades de internação, avaliação dos resultados de culturas, prescrição de antimicrobianos, opiniões técnicas emitidas pela equipe assistencial, busca de consultas no pronto atendimento e, “busca fonada”² no pós-alta das cesarianas. O objetivo Institucional é que as Taxas de IRAS³ sejam inferiores a 3%, meta que tem sido alcançada, como aponta a Tabela 7, com os dados e taxas relativas ao ao último ano.

TABELA 7 - TAXA DE IRAS EM MATERNIDADE DE RISBO HABITUAL, CURITIBA, PR, MAIO DE 2017 A 2018

ANO (2017 – 2018)	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Número IRAS	4	2	4	2	3	3	2	1	3	2	3	3	2
Admissões	308	287	291	294	280	276	286	242	307	255	263	312	278
Taxa IRAS (%)	1,29	0,69	1,37	0,68	1,07	1,08	0,69	0,70	0,97	0,78	1,14	0,96	0,71

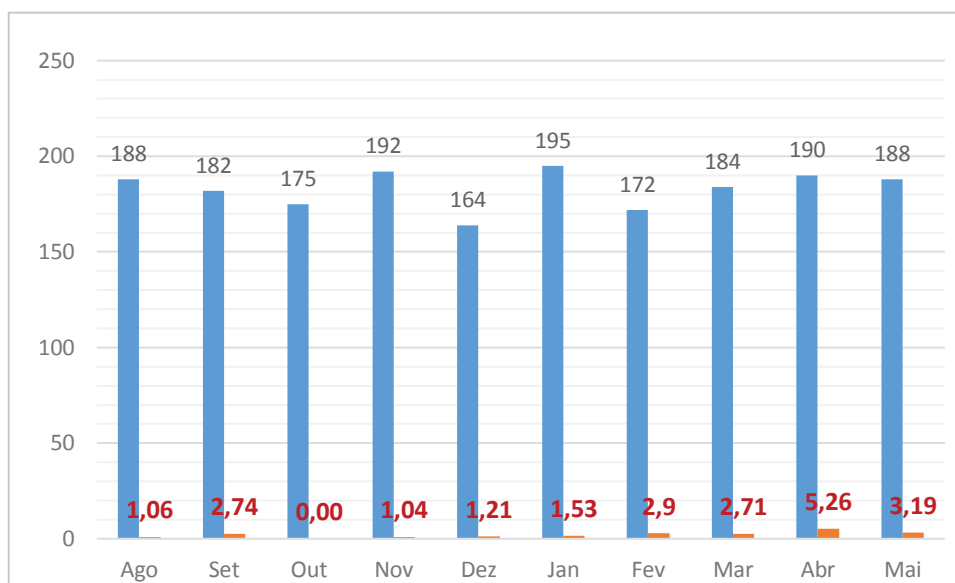
FONTE: CMCBN (2018)

Paralelamente, na mesma perspectiva, a SCIH realiza a vigilância das infecções neonatais precoces, com frequência relacionadas aos fatores maternos, e devido a isto não se constituem como consequentes à assistência à saúde. A Taxa de Infecção Neonatal precoce, portanto, é calculada pela razão entre o número de neonatos com infecção e o número total de nascimentos a cada mês, com base percentual (GRÁFICO 1).

² É a expressão utilizada na Instituição para contatos telefônicos ativos junto as puérperas de cesarianas com base sondagem informal sobre sinais e sintomas de infecção. E mediante as respostas, puérpera é orientada a procurar a maternidade e outros serviços, caso tenha ultrapassado trinta dias do nascimento.

³ Taxas de IRAS são os produtos da razão entre a incidência de IRAS e o número de admissões, mulheres e recém-nascidos.

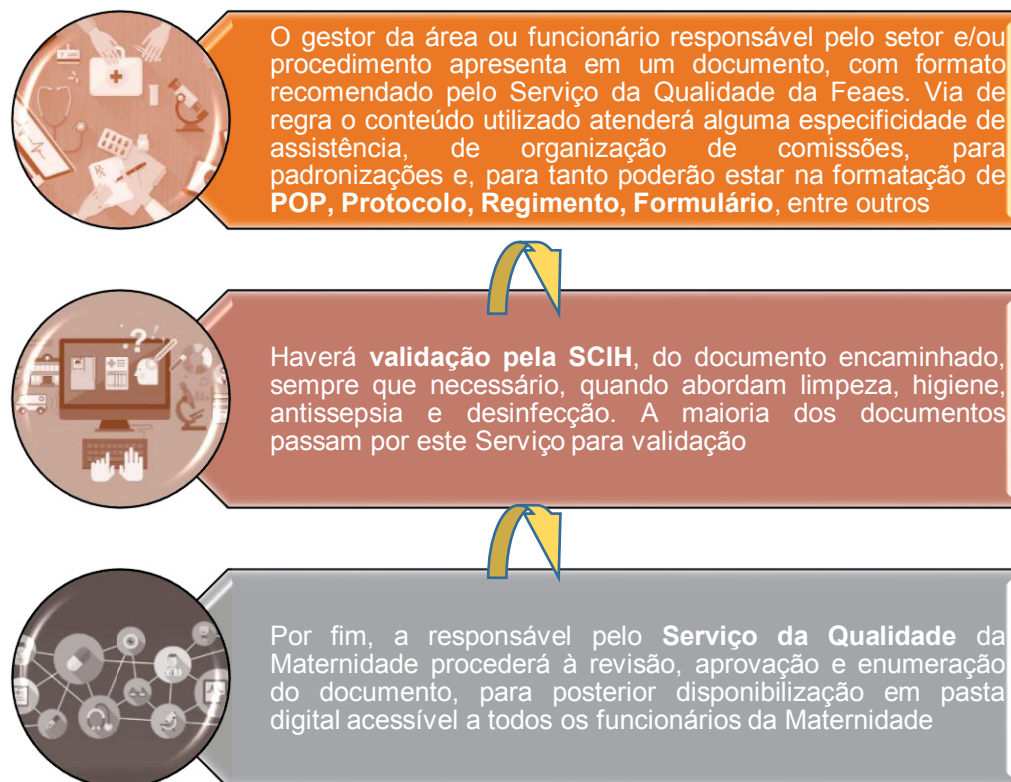
GRÁFICO 1 - NÚMERO DE NASCIMENTOS E TAXA DE INFECÇÃO NEONATAL PRECOCE EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, AGOSTO DE 2017 A MAIO DE 2018
CURITIBA, PR,



FONTE: CMCBN (2018)

De acordo com a normativa brasileira as unidades/setores de uma Maternidade devem dispor de Protocolos assistenciais escritos e atualizados periodicamente. Para atendimento a este aspecto, o CMCBN conta com o Serviço da Qualidade e Segurança, este é responsável pela gestão dos documentos, com fluxo organizado conforme Figura 9, a saber:

FIGURA 9 – FLUXO DE DOCUMENTOS DE GESTÃO DE UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018



FONTE: A Autora (2018)

Atualmente, a Maternidade conta com 143 documentos aprovados, de entre eles: Protocolos, POP, Manuais, Regimentos, e ainda, mais 86 Formulários Institucionais, que são os impressos padronizados e utilizados no cenário.

É previsto que, frente aos documentos aprovados, sejam desenvolvidos processos de capacitações, educação em serviço, na esfera administrativa e assistencial (médica e de enfermagem). Assim, as capacitações acontecem mediante a necessidade apresentada (ex. documento aprovado). Entretanto, não respondem a um planejamento específico com periodicidade detalhada. Ademais, como pesquisadora e profissional deste cenário, aponto que não há adesão plena da equipe multiprofissional aos processos estabelecidos, sobretudo pela equipe médica.

Há ainda, conforme a normativa, a necessidade de se estabelecer um fluxo de informações aos familiares, entretanto este quesito não é contemplado na Maternidade. Existe um informativo que é entregue ao acompanhante – *Orientações aos acompanhantes* - contendo informações aplicáveis ao período de internação como: horários de visitas, trocas de acompanhantes, pertences, normas e regras institucionais em geral.

5.1.3 Indicadores Institucionais

Com respeito aos indicadores, de acordo com o Documento Científico da SBP (2010), as unidades devem utilizá-los com a finalidade de traçar metas para a melhoria da assistência neonatal e, os mesmos devem ser calculados mensalmente, e divulgados para a equipe assistencial. Os indicadores preconizados para o cenário de uma maternidade de risco habitual seguem descritos no Quadro 4, com apresentação subsequente dos indicadores analisados pela Maternidade, os quais são pactuados pelo atual Contrato de Gestão com o Município de Curitiba.

QUADRO 4 - INDICADORES DE ATENÇÃO MATERNA EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL SEGUNDO PRECONIZAÇÃO E PACTUAÇÃO PELO CONTRATO DE GESTÃO COM O MUNICÍPIO, CURITIBA, PR, 2018

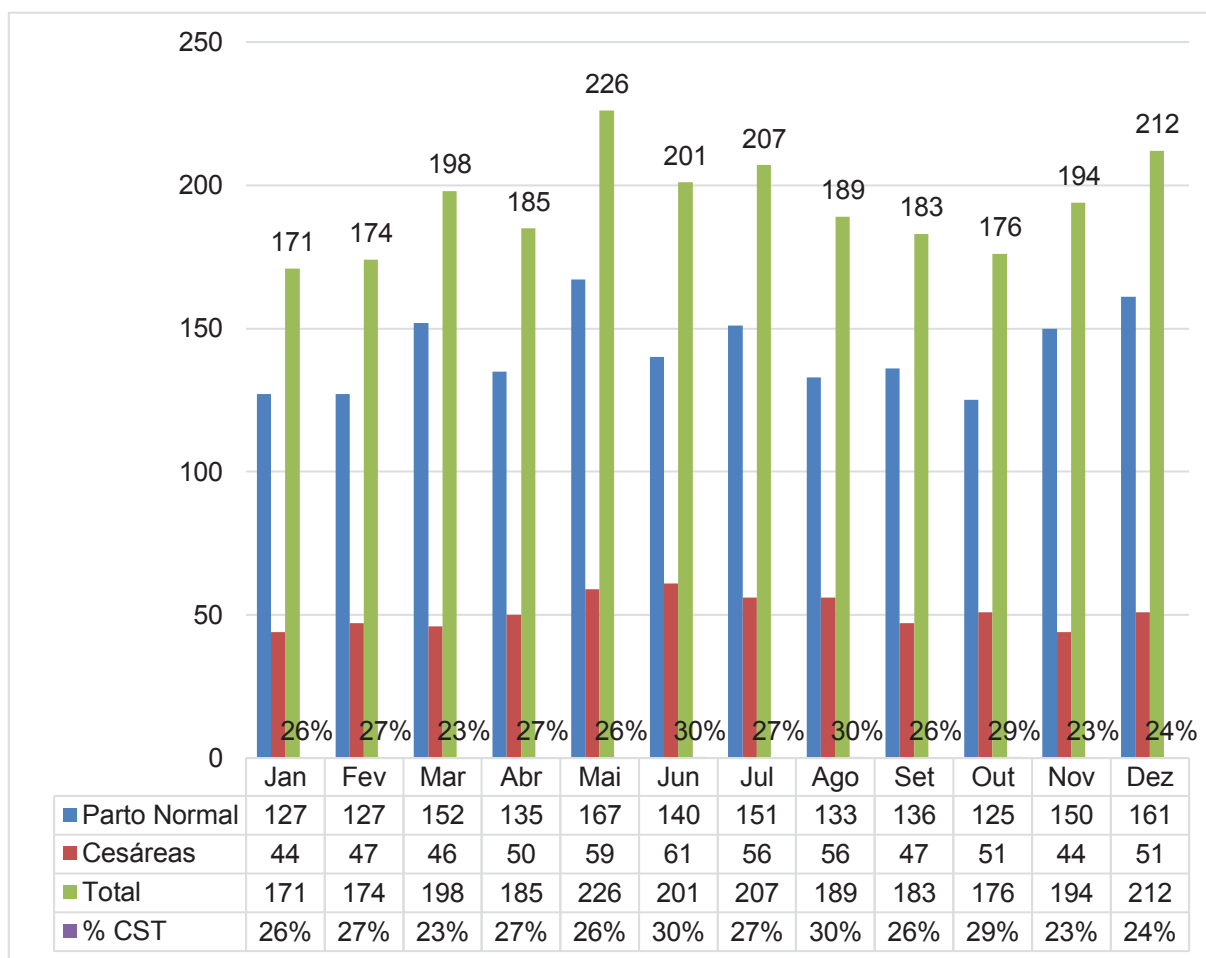
Indicadores preconizados pela Sociedade Brasileira de Pediatria	Maternidade*
Taxa total de cesarianas, e específica em primigestas	Registra dados
Taxa de recém-nascidos ventilados em sala de parto	Ausente
Taxa de recém-nascidos de baixo peso ao nascer	Registra dados
Taxa de recém-nascido muito baixo peso ao nascer	Registra dados
Taxa de ocupação e tempo de permanência dos recém-nascidos nos setores	Registra dados
Taxa de recém-nascidos com cateter central	Ausente / NA**
Perfil de sensibilidade e resistência aos antimicrobianos	Monitora dados Executa taxas
Estatística vital, estratificada por peso ao nascer	Registra dados
Estatística vital, estratificada por idade gestacional	Registra dados
Score de risco para mortalidade	Ausente
Causas de óbitos neonatais precoces	Registra dados
Causas de óbitos neonatais tardios	Registra dados
Indicadores pactuados pelo Contrato de Gestão com o Município	Maternidade*
Taxa de ocupação hospitalar	Executado
Taxa de satisfação dos usuários das Unidades de Internação	Executado
Média de Permanência no Alojamento Conjunto	Executado
Taxa de Teste do Pezinho	Executado
Taxa de Teste da Orelhinha	Executado
Taxa de Aleitamento Materno	Executado
Taxa de Teste do Coraçãozinho	Executado
Taxa de infecção global	Executado
Cobertura de educação permanente	Executado
Realização de reuniões da Comissão de Acompanhamento do Hospital	Executado
Manutenção de Banner da Ouvidoria da SMSM em local visível	Executado

Nota: *Nesta coluna é assinalada a situação do indicador na Maternidade em estudo.

**esta situação é incomum na Maternidade, devido ser de risco habitual, mas acontece ocasionalmente
 FONTE: A Autora (2018), BASEADA NO DOCUMENTO CIENTÍFICO DA SBP (2010)

Com o monitoramento dos dados e emissão de taxas se procede à avaliação interna da Instituição, como por exemplo, a Taxa de Cesariana, conforme demonstrado no Gráfico 2. Até o momento não está inserido no quadro de Indicadores da Maternidade o cálculo da Taxa de Cesariana, com recorte para as primigestas, conforme preconizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, entretanto, nesta pesquisa é apresentado no Gráfico 3.

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS NASCIMENTOS SEGUNDO A VIA E A TAXA DE CESARIANA EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2017

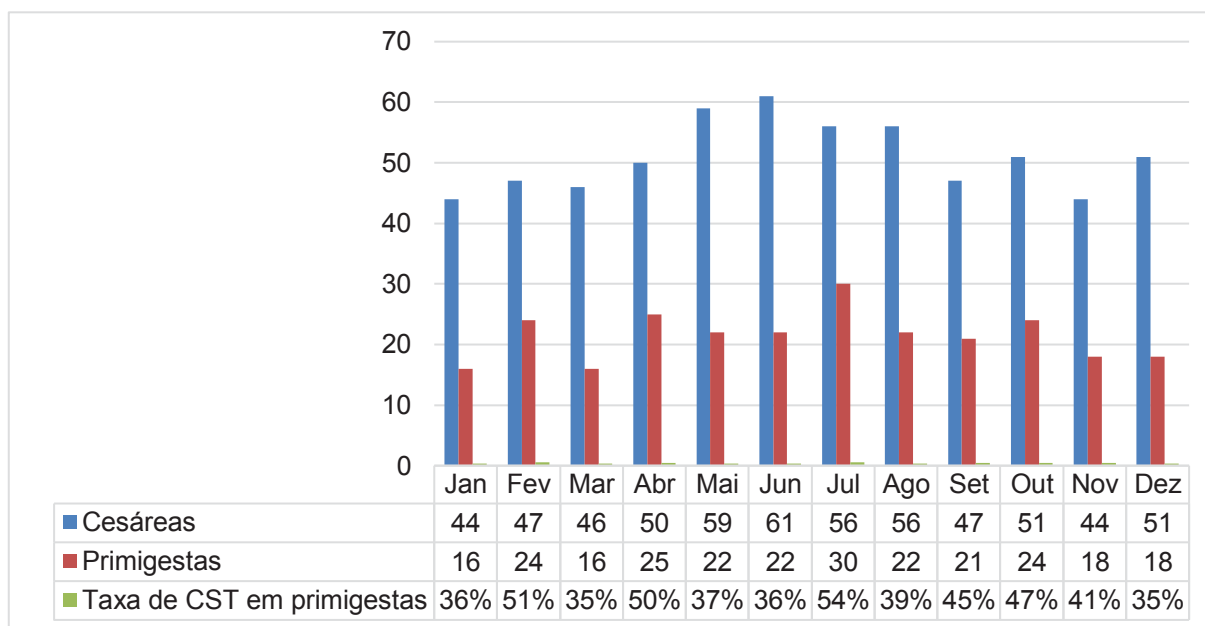


FONTE: CMCBN (2018)

Concernente ao Gráfico 2 é importante salientar que a Taxa de Cesariana da Maternidade de risco habitual não antedeu a proporção máxima preconizada pela OMS (2015), que é entre 10 a 15%, portanto, se evidenciou Taxa inadequada na maternidade em estudo.

Para fins desta pesquisa avaliativa, apresenta-se a incidência das cesarianas e dos partos vaginais, e as Taxas de Cesariana que ocorreram em primigestas em 2017. Observa-se, no Gráfico 3, que essas Taxas extrapolam ainda mais o limite preconizado pela OMS (OMS, 2015).

GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS CESARIANAS TOTAIS E TAXA DE CESARIANA EM PRIMIGESTAS EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2017



FONTE: CMCBN (2018)

O Indicador Causas de Óbitos Neonatais Precoces e Tardios não são traçados e analisados na discussão desenvolvida no Comitê Hospitalar de Prevenção da Mortalidade Materna e Neonatal. Entretanto, há dados suficientes registrados destes óbitos perinatais, em planilha de Excel. Para este estudo foram calculadas as proporções de Óbitos Fetais em 0,66% (n=15), em 2017, e 0,46% (n=5) até maio de 2018. É importante ressaltar que os óbitos neonatais precoces, de maneira geral, não ocorrem no hospital em estudo, devido serem transferidos em tempo oportuno para serviços de alto risco.

5.1.3.1 Síntese dos Indicadores Assistenciais Neonatais

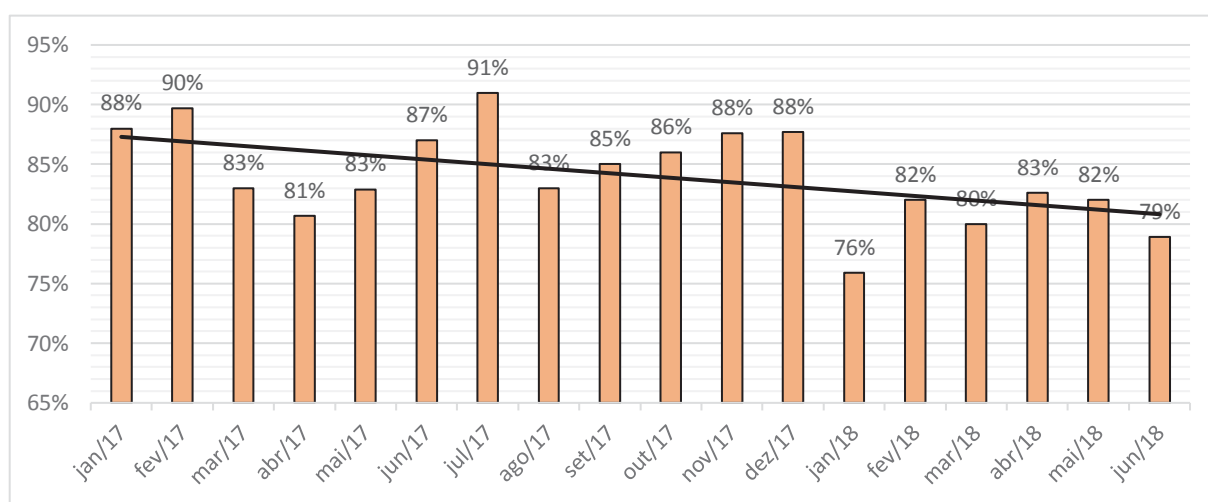
A Maternidade realiza o monitoramento interno de alguns indicadores assistenciais, os relacionados ao atendimento humanizado e de qualidade ao recém-nascido. O Contato Pele a Pele imediato logo após o nascimento (BRASIL, 2014b; SBP, 2016), indicador este que exclui os bebês nascidos de cesariana. Sua expressão é feita em proporcionalidade, com a equação a seguir, conforme apresentado no Gráfico 4.

Taxa de Contato Pele a Pele: $\frac{\text{RNs submetidos ao contato pele a pele}}{\text{Número de nascimentos via PN}} \times 100$

Número de nascimentos via PN

Pode ser observada variação na realização desta prática entre 76% a 91%, em janeiro de 2018. Pode explicar esta queda a redução do número de Enfermeiras Obstétricas entre 2013 e 2017, explanada no Capítulo de Materiais e Métodos.

GRÁFICO 4 - TAXAS DE CONTATO PELE A PELE IMEDIATO PÓS PARTO NORMAL EM UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, JANEIRO DE 2017 A JUNHO DE 2018, CURITIBA, PR



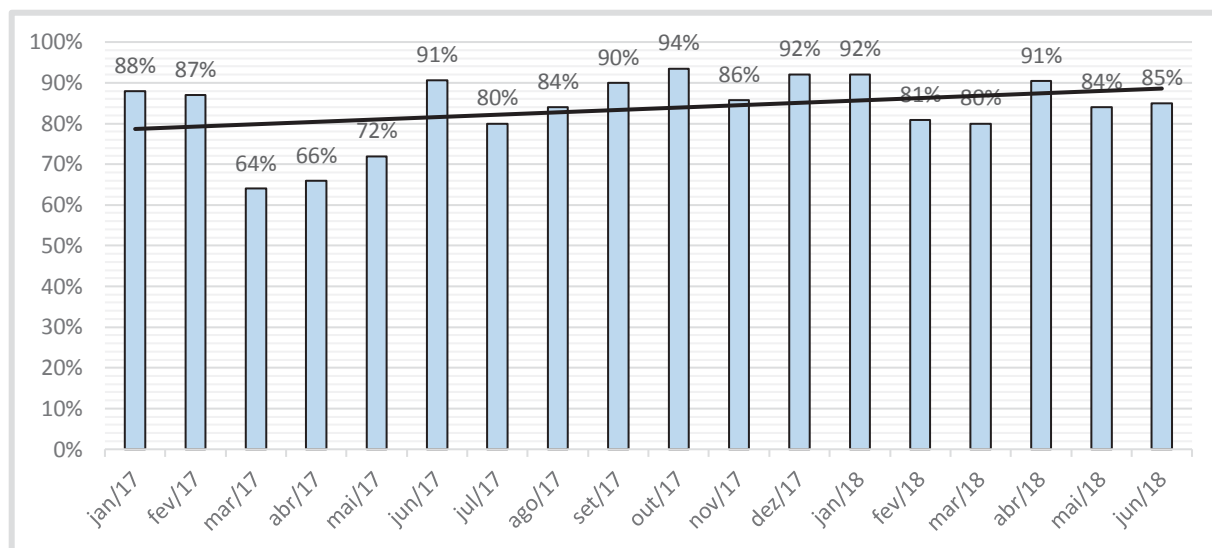
FONTE: CMCBN (2018)

Outro indicador relacionado à assistência neonatal é o **Clampeamento Tardio do Cordão (CTC)**. Este é preconizado pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2014b) que seja feito após cessar suas pulsações, entre 1 a 3 minutos após o nascimento. Calculado com a seguinte equação:

Taxa de CTC: $\frac{\text{número de clampeamento tardio}}{\text{Número de nascimentos via PN}} \times 100$

O Gráfico 5 demonstra as Taxas de CTC no ano de 2017 e primeiro semestre de 2018, com média de 83,6% de clampeamento tardio, apresenta pequena oscilação entre os meses, de acordo com os registros praticados na Instituição, especificamente no Centro Obstétrico.

GRÁFICO 5 - TAXAS DE CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO PÓS PARTO NORMAL EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, JANEIRO DE 2017 A JUNHO DE 2018, CURITIBA, PR

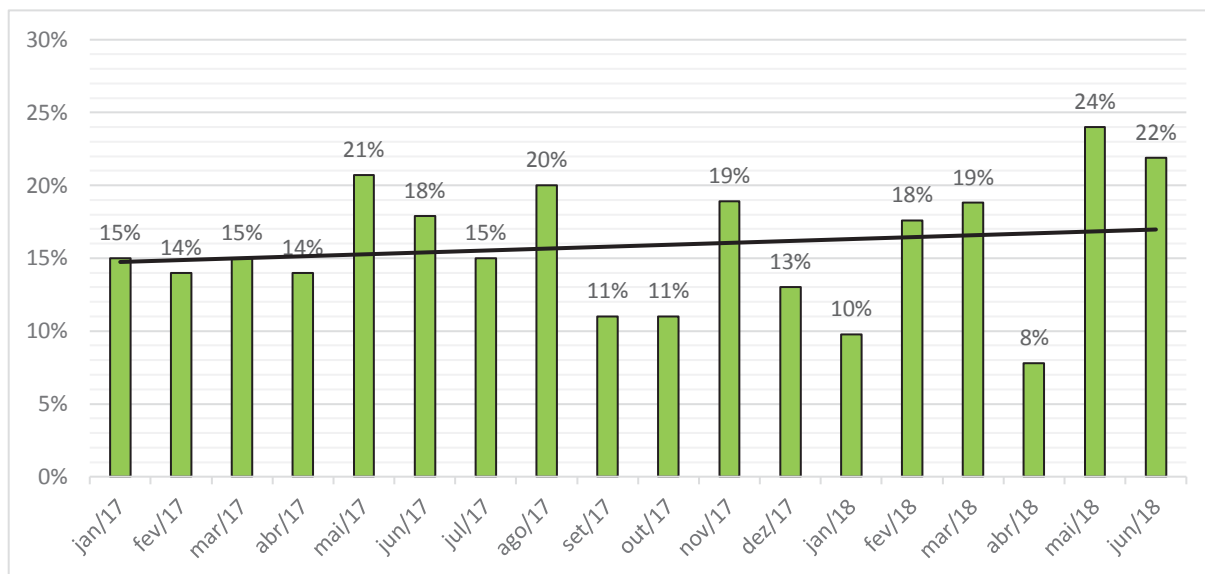


FONTE: CMCBN (2018).

É monitorado também o indicador relativo à **Aspiração de Vias Aéreas de Rotina (AVAR)** no recém-nascido. Conforme preconizado, os bebês com boa vitalidade ao nascer não necessitam de aspiração, pois esta poderá causar atelectasia (SBP, 2016; CONITEC, 2016a). Devem ser calculadas as taxas da seguinte maneira:

$$\text{Taxa de AVAR} = \frac{\text{número de RNs submetidos a aspiração} \times 100}{\text{Número de nascimentos}}$$

GRÁFICO 6 - TAXAS DE RECÉM-NASCIDOS ASPIRADOS EM SALA DE PARTO, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, JANEIRO DE 2017 A JUNHO DE 2018, CURITIBA, PR,



FONTE: CMCBN (2018)

Entretanto, mediante as Taxas de AVAR (GRÁFICO 6), mesmo que sejam consideradas baixas, apontam, em sua expressão máxima, para quase ¼ dos RN. A média de recém-nascidos aspirados foi de 15,8%, no último ano.

5.1.4 Normas e Rotinas Institucionais

Como prevenção e controle de infecção, conforme preconizado na RDC nº 36 o Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve seguir algumas normas referentes à limpeza e higienização das mãos e rotinas, descritas no Quadro 5.

QUADRO 5 - MANUAIS E ROTINAS DESCRITAS REFERENTES À LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NECESSÁRIOS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL

Possuir Manual de Normas e Rotinas dos itens abaixo:	
Técnicas de limpeza	
Desinfecção e esterilização das superfícies	
Desinfecção das instalações	
Desinfecção e esterilização dos equipamentos	
Desinfecção e esterilização de produtos para a saúde	
O serviço deve disponibilizar:	
Insumos/Produtos para as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde, mulher, acompanhantes e visitantes.	
Equipamentos para as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde, mulher, acompanhantes e visitantes.	
Instalações necessárias para as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde, mulher, acompanhantes e visitantes.	

FONTE: A Autora com base na RDC nº 36 (2008).

O Serviço possui POPs e Protocolos referentes a técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização de superfícies, equipamentos, insumos e instalações, disponíveis e, de fácil acesso a todos os funcionários. A SCIH é responsável pela revisão e atualização dos documentos, bem como pelos treinamentos necessários para desenvolvimento das equipes assistenciais.

Além disso, a RDC nº36 preconiza manter rotinas e técnicas descritas de biossegurança, atualizadas e disponíveis a todos os trabalhadores, abrangendo:

- Condutas de segurança biológica; química; física e ocupacional;
- Instruções para o uso de equipamentos de proteção individual (EPI);
- Instruções para o uso de equipamentos de proteção coletiva (EPC);
- Procedimentos em caso de acidentes;
- Manuseio/ Transporte de material e amostra biológica.

O serviço contempla um Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) que descreve estratégias e metodologias de ação, além de possuir um planejamento anual com estabelecimento de metas e prioridades a serem cumpridas.

Para tanto, são ministrados treinamentos com foco na segurança ocupacional, tais como: uso de EPI e EPC; manuseio de produtos químicos; manuseio e transporte de material e amostra biológica; prevenção e acompanhamento de acidentes com material biológico. Este último tema é realizado com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que possui documento descrito e implantado. Este é realizado pelo Serviço Especializado em Medicina e Engenharia do Trabalho (SESMT), com sede na Feaes, que conta com uma Técnica de Segurança do Trabalho exclusiva para a Maternidade.

5.1.5 Vigilância de Notificações de Incidentes e Segurança do Paciente

Mais especificamente no que concerne à notificação de eventos adversos graves e avaliação da segurança do paciente, os serviços de assistência obstétrica e neonatal devem implantar ações, elencadas no Quadro 6, no qual se descreve o preconizado e o que é de fato aplicado e realizado na Maternidade em questão.

QUADRO 6 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA, NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS, E AVALIAÇÃO PRECONIZADAS E REALIZADAS, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL DE CURITIBA, PR, 2018

Ações preconizadas	Ações realizadas no CMCBN
Ações de farmacovigilância	São realizadas pelo Serviço da Qualidade, com parceria entre Enfermeira e Farmacêutica, as ações como descrição de Protocolos e POPs, capacitação e treinamentos, com foco na <i>Meta 3 – Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos</i> .
Tecnovigilância	Com respeito Tecnovigilância, todo e qualquer produto que apresente problemas/defeitos são enviados via Farmácia para o setor de compras juntamente com a notificação, recebida pelo Serviço de Qualidade.
Vigilância e controle dos eventos adversos	É realizada pelo Serviço da Qualidade, que recolhe semanalmente as notificações de incidentes, classifica (de acordo com RDC nº 36 de 25 de julho de 2013), elabora uma planilha mensal, e encaminha aos gestores de área para elaboração de planos de ação. Realiza também investigações de incidentes, tratativas e aplicação de ferramentas de análise de causa raiz e levantamento de Planos de Ação.
Monitoramento dos eventos adversos relacionados ao uso de sangue e hemocomponentes	Realizado pelo Serviço da Qualidade, com apoio e vigilância da Agência Transfusional da Feaes, estapor sua vez encaminha os heomocomponentes para a Maternidade.
Notificação de casos suspeitos de surtos	É de responsabilidade da SCIH. Até o momento trabalha com vigilância preventiva mediante plano de ações contingenciais sazonalmente determinadas.
Notificação de eventos adversos graves à vigilância sanitária local, no prazo de 24h	Realizado pela Qualidade através da notificação no NOTIVISA, este por sua vez é um sistema informatizado desenvolvido pela ANVISA para receber notificações de eventos adversos.
Relacionados a Avaliação	
<i>O responsável técnico da instituição deve implantar, implementar e manter registros de avaliação do desempenho e do padrão de funcionamento global do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal, buscando processo contínuo de melhoria da qualidade.</i>	A Direção realiza o monitoramento de indicadores institucionais já mencionados. Recentemente iniciou a avaliação de alguns indicadores para estimativa de processos assistenciais.
<i>Avaliação é realizada embasada em indicadores estabelecidos na Instrução Normativa nº 02, de 03 de junho de 2008, da ANVISA Conforme descrito no Quadro 8 e 9.</i>	São realizados os monitoramentos de acordo com os indicadores de gestão e de resultados, apresentados nos Quadro 7.
<i>O Serviço deve disponibilizar à vigilância sanitária informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante inspeção sanitária.</i>	A Maternidade disponibiliza para a Vigilância Sanitária relatórios referentes aos indicadores inspecionados durante a visita sanitária, que seguem a Resolução 165 do Estado do Paraná (PARANÁ, 2016).
<i>O Serviço deve encaminhar para a vigilância o consolidado dos indicadores do semestre.</i>	

FONTE: A Autora com base na RDC nº 36 (2008).

QUADRO 7 - INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL, ANVISA/MS, 2008

Indicadores de Gestão	Método de Cálculo	Frequência de Produção
<i>Média de permanência de puérperas</i>	Total de pacientes-dia/ Total de saídas de puérperas	Mensal
Indicadores de Processo	Método de cálculo	Frequência de Produção
<i>Taxa de Cesária em Primíparas</i>	Nº de cesáreas/ x100 Total de partos	Mensal
<i>Taxa de episiotomia</i>	Nº de partos normais com episiotomia/ x100 Total de partos normais	Mensal
<i>Taxa de partos com acompanhante</i>	Nº de partos com acompanhante / x100 Total de partos	Mensal
Indicadores de Resultado	Método de Cálculo	Frequência de Produção
<i>Taxa de Mortalidade neonatal precoce</i>	Nº de óbitos neonatais precoce/ x 100 Total de nascidos vivos	Mensal
<i>Taxa de infecção puerperal relacionada a partos:</i> a. Normais b. Cesarianas	a. Nº de infecções puerperais / nº de partos normais x 100 b. Nº de infecções puerperais/ nº de cesarianas x 100	Mensal

FONTE: Instrução normativa nº2/2008 (BRASIL, 2008b).

5.2 DIMENSÃO RECURSOS HUMANOS

Os profissionais lotados na Maternidade são concursados pela Feaes. A Gerência de Enfermagem e Médica, a Diretoria Executiva, e a Coordenação de Enfermagem são cargos comissionados.

Em síntese, as equipes da maternidade estão constituídas para atuarem no atendimento ao binômio mãe-filho, abrangendo os setores: Pronto Atendimento, Alojamento Clínico, Alojamento Conjunto, e Centro Obstétrico. A equipe assistencial conta com 116 funcionários, dos quais: equipe médica (n= 38), de enfermagem (n= 75) e multidisciplinar – nutricionista, assistente social, fonoaudióloga, enfermeira da CCIH e da Qualidade (n= 5).

A equipe de Enfermagem cumpre uma carga horária de 36 horas semanais, e a equipe administrativa, de 40 horas. A escala de trabalho da Enfermagem e da equipe Médica é elaborado pelas respectivas Gerências. No Quadro 8 apresentam-se os dados da organização e planejamento dos recursos humanos da Maternidade, os quais foram coletados da escala de trabalho de maio de 2018.

QUADRO 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS SEGUNDO CATEGORIA, QUANTIDADE, CARGA HORÁRIA SEMANAL E HORAS TRABALHADAS, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018

Categoria profissional	Número de profissionais	Carga horária - Frequência	Horas trabalhadas por plantão
Técnico em Enfermagem	58	36h - semanal	06
Enfermeira Assistencial	11	36h - semanal	06
Enfermeira Obstétrica	06	36h - semanal	06
Pediatra	09	72h - mensal	12
Obstetra	20	72h - mensal	12
Anestesista	09	72h - mensal	12
Assistente Social	01	30h - semanal	06
Nutricionista	01	40h - semanal	08
Fonoaudióloga	01	36h - semanal	06

FONTE: A Autora (2018).

A gerente assistencial é Responsável Técnica (RT) do serviço e, de acordo com a RDC 36/2008, tem a responsabilidade de planejar e adotar ações para garantir a qualidade dos processos, incluindo:

- Coordenação da equipe técnica;
- Adoção de ações e medidas de humanização;
- Elaboração de Protocolos Institucionais, em conformidade com normas vigentes e evidências científicas;
- Supervisão do pessoal técnico por profissional de nível superior legalmente habilitado durante o seu período de funcionamento;
- Avaliação dos indicadores de serviço;
- Rastreabilidade de todos os seus processos.

A gerência da Maternidade contará com a entrada de uma profissional Enfermeira para função de Coordenação. Esta, conforme Portaria 2.068/2016 (BRASIL, 2016a) deve ser preferencialmente habilitada em neonatologia/obstetrícia, ou ter dois anos de experiência profissional comprovada na área.

Especificamente voltado para a atenção neonatal e ao nascimento, a Portaria ministerial nº 371, de 2014, disserta em seu parágrafo único:

O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP (BRASIL, 2014b, s/p)

Por sua vez, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a presença do médico Pediatra em todo nascimento, de acordo com as Diretrizes de Reanimação Neonatal, e ainda, são necessários de 2 a 3 profissionais treinados e capacitados em reanimação neonatal. Deve estar presente um profissional capacitado para realizar os passos iniciais de reanimação e, pelo menos um médico apto para intubar e indicar massagem cardíaca e, as medicações obrigatoriamente devem estar na sala de parto. A Maternidade possui um Pediatra de plantão nas 24 horas e, conta com um Pediatra horizontal, este é responsável pelas altas diárias do Alojamento Conjunto e acompanhamento dos recém-nascidos internados no Alojamento Clínico (BRASIL, 2014b; SBP, 2016).

De acordo com os documentos consultados, o Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve contar com os profissionais descritos no Quadro 9, e neste mesmo Quadro são sinalizados os que são presentes ou não na maternidade em estudo.

QUADRO 9 - PROFISSIONAIS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL E A PRESENÇA OU NÃO* NA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018

(continua)

Portaria 2.068/2016 e SBP- 2010	Maternidade		
	SIM	NÃO	Observação
<i>Equipe de Enfermagem</i>			
Profissional de nível superior para a função de coordenação preferencialmente com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou dois anos de experiência comprovada na área, com jornada mínima de 4 horas.		X	Em processo de contratação
Profissional de nível superior para assistência, preferencialmente com habilitação em Neonatologia ou dois anos de experiência profissional comprovada na área para cada 20 binômios (Portaria 2.068/2016) Documento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda 1 enfermeiro para cada 30 binômios.	X		O Alojamento Conjunto conta com um quadro de 7 enfermeiras para cerca de 20 binômios.
Um profissional de nível técnico para cada oito binômios.	X		
<i>Equipe médica - Pediatria</i>	SIM	NÃO	Observação
Profissional médico para função de responsabilidade técnica, preferencialmente com habilitação em Neonatologia ou título de especialista em pediatria.		X	A gerente médica possui título de especialista em pediatria, e não desempenha a função de responsabilidade técnica.
Profissional médico para assistência com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em Neonatologia ou título de especialista em Pediatria.	X		

Profissional médico plantonista, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria para cada 20 recém-nascidos.	X		
<i>Equipe médica - Obstetrícia</i>	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>	<i>Observação</i>
Profissional médico para responsabilidade técnica, preferencialmente com habilitação em ginecologia e obstetrícia.	X		
Profissional médico para assistência, com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em ginecologia e obstetrícia para cada 20 puérperas.	X		
Profissional médico plantonista, preferencialmente com habilitação em ginecologia e obstetrícia. O plantonista do alojamento conjunto poderá ser profissional da equipe de obstetras de plantão.	X		
Especialidades não médicas com habilidades em pacientes pediátricos, no próprio local ou em instituição conveniada.	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>	<i>Observação</i>
Fisioterapia		X	Serviço Conveniado.
Fonoaudiologia	X		
Nutrição	X		
Serviço Social	X		
Psicologia		X	Não está disponível

Nota: *Profissional ainda não havia sido contratada na época da coleta de dados.

FONTE: A Autora (2018), com base na SBP (2010), e BRASIL (2016a).

5.3 DIMENSÃO RECURSOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Na Tabela 8, são apresentados os resultados da observação sistemática não participante realizada nos setores de assistência ao recém-nascido, relativa aos materiais exigidos nos documentos consultados. Para cada item foi registrado um parecer, a saber: *conforme (C)*, quando os materiais previstos estavam disponíveis, ou *não conforme (NC)*, quando não encontrados. Com relação ao controle de materiais e equipamentos, há rotinas estabelecidas no serviço e, a quantidade de recursos materiais deve ser diretamente proporcional à demanda de atendimento.

Todo material necessário para a reanimação neonatal deve ser preparado, testado e estar disponível em local de fácil acesso, antes do nascimento.

TABELA 8 - RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO MATERNA E NEONATAL SEGUNDO PARECER ANALÍTICO DA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018

(continua)

RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS NO CENTRO OBSTÉTRICO	PARECER
Berço aquecido com fonte de calor radiantes com acesso por 3 lados	C
Fontes de oxigênio umidificado, com fluxômetro	C
Fonte de ar comprimido, com fluxômetro	C
Blender para mistura oxigênio/ar	NC
Aspirador a vácuo com manômetro	C
Relógio de parede com ponteiro de segundo	NC

Termômetro ambiente digital	C
Campo cirúrgico estéril	C
Compressas de algodão estéreis	C
Saco de polietileno de 30x50 cm para prematuro	NC
Touca de lã ou algodão	C
Colchão térmico químico 25x40 cm para prematuro <1000g	NC
Estetoscópio neonatal	C
Oxímetro de pulso com sensor neonatal	C
Monitor cardíaco de 3 vias com eletrodos	NC
Bandagem elástica para fixar o sensor do oxímetro e os eletrodos	NC
Sondas traqueais nº 6, 8 e 10	C
Sondas gástricas nº 6 e 8	C
Dispositivo para aspiração de mecônio	C
Seringas de 1, 10 e 20 ml	C
Reanimador manual neonatal (balão autoinflável com volume máximo de 750 ml, reservatório de O2 e válvula de escape com limite de 30-40 cmH2O e/ou manômetro.	C
Ventilador manual em T com circuitos próprios	NC
Máscaras redondas com coxim nº 00	NC
Máscaras redondas com coxim nº 0	C
Máscaras redondas com coxim nº1	NC
Máscara laríngea para recém-nascido nº 1	C
Laringoscópio infantil com lâmina reta nº 00	NC
Laringoscópio infantil com lâmina reta nº 0	C
Laringoscópio infantil com lâmina reta nº 1	C
Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro interno uniforme 2,5 mm	C
Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro interno uniforme 3,0 mm	C
Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro interno uniforme 3,5 mm	C
Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro interno uniforme 4,0 mm	C
Material para fixação da cânula	C
Pilhas para laringoscópio	C
Lâmpadas sobressalentes para laringoscópio	C
Detector colorimétrico de CO2 expirado	NC
Medicamentos: adrenalina 1/10.000 em 1 seringa de 5,0 ml para administração endotraqueal, Adrenalina 1/10.000 em seringa de 1,0 ml para administração endovenosa, Expansor de volume (Soro fisiológico) 2 seringas de 20ml; bicarbonato de sódio 4,2%; hidrocloreto de naloxona;	C - medicações não preparadas, apenas estão disponíveis
Colírio de Nitrato de prata	C
Vitamina K	C - no AC
Material para cateterismo umbilical: campo fenestrado, pinça kelly reta, cabo de bisturi nº 21, porta agulha de 11 cm, fio agulhado mononylon 4.0, cateter umbilical 3,5F, 5F, 8F de PVC ou poliuretano, clorexidine alcoólica, torneira de 3 vias	C
Outros: luva de proteção individual, óculos de proteção individual, gases, álcool, lâmina de bisturu, clampeador de cordão umbilical, pulseira de identificação do RN	C
RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS NO ALOJAMENTO CONJUNTO	
Bandeja individualizada com material de higiene e curativo umbilical	C
Berço de material de fácil limpeza e desinfecção e que permita a visualização lateral	C
Balança para o recém-nascido	C
Réguas antropométrica	C
Fita métrica inelástica de plástico	C
Oftalmoscópio	C
Aspirador de manômetro e oxigênio	C
Glicosímetro	C
Aparelho de fototerapia – 1 para cada 10 leitos	C
Incubadora de transporte	NC

Cilindro transportável de oxigênio	C
Bomba infusora	C
RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS DE EMERGÊNCIA PARA REANIMAÇÃO - UM PARA CADA POSTO DE ENFERMAGEM	
Carro ou maleta contendo medicamentos	C
Ressuscitador manual com reservatório	C
Máscaras	C
Laringoscópio completo	C
Tubos endotraqueais	C
Cânula de guedel	C

FONTE: A Autora (2018), com base na RDC 36 (2008), SBP (2010), BRASIL (2014b), SBP (2016).

Durante a observação, foi verificada a presença de materiais que não são necessários para o atendimento ao recém-nascido, bem como, em não conformidade com os documentos preconizados, como exemplo as cânulas curvas para intubação do recém-nascido.

Verificada a ausência de materiais específicos para o atendimento ao prematuro extremo, como o saco de polietileno, o colchão térmico, a máscara com coxim 00 e, laringoscópio com lâmina reta nº 00. Em uma Maternidade de risco habitual, esporadicamente nascem bebês prematuros e/ou extremos, que necessitam de cuidado intensivo e aporte de materiais adequados. Entretanto, na perspectiva da segurança do paciente da prevenção do óbito neonatal precoce, a ocorrência de apenas uma nascimento nestas condições é justificativa para reforçar a necessidade da estrutura oportuna para a devida atenção à este bebê até que o mesmo seja transferido e, assim haja a prevenção da morbimortalidade neonatal precoce.

Importante ressaltar que a gestão dos recursos materiais é responsabilidade do enfermeiro junto a gerência de enfermagem, e deve ser previsto o controle e a reposição dos materiais sempre e quando necessário. Para tanto, há um *check list* no Centro Obstétrico que possibilita o preenchimento diário da conferência de materiais e equipamentos, de modo que fica registrada a necessidade de reposição e as condições de uso dos mesmos. Esta organização é imprescindível para manter a qualidade e continuidade do atendimento ao recém-nascido.

O quantitativo dos equipamentos, estão de acordo com o preconizado, foram identificados os seguintes: fototerapias, incubadoras, berços e respiradores. Não há incubadora de transporte, monitor cardíaco e detector colorimétrico de CO₂, conforme preconizado nas normativas vigentes. Constatado que os equipamentos são antigos e, alguns se apresentam em estado de conservação ineficiente e ineficaz, como as

fototerapias simples. Neste sentido, a Maternidade adquiriu nos últimos meses, duas incubadoras e uma fototerapia do tipo bilíberço.

5.4 DIMENSÃO AMBIÊNCIA

Esta dimensão se refere aos espaços e ambientes indispensáveis para os Serviços de Atenção Materna e Neonatal pois, privilegiam a prestação de um atendimento adequado e de qualidade.

Conforme preconizado na RDC nº 36, para os serviços que assistem ao parto é necessária uma *área para antissepsia das mãos e antebraços* com instalações e recursos apropriados (ex: duas torneiras por sala, com área entre 1,00 a 1,10m² por torneira). A Maternidade contempla esses requisitos e, conta também com uma sala cirúrgica com área mínima de 20,00m², com dimensão mínima de 3,45m; e uma mesa cirúrgica por sala, com climatização, e vácuo clínico (BRASIL, 2008a).

A Maternidade possui duas *Suítes de Parto*, com banheiro em anexo, cama PPP, banquinho e bola para exercícios durante o trabalho de parto. Possui outra sala de parto, com duas camas, sendo uma delas PPP. E ainda, mais duas salas cirúrgicas, e outra sala exclusiva para atendimento ao recém-nascido.

De acordo com a RDC nº 36 é necessária uma área de *Recuperação Anestésica* com no mínimo duas macas, em distância mínima de 0,80m, respeitando distância de paredes. E ainda deve prever um espaço mínimo de 1,20m, junto ao pé da maca para manobras. A Maternidade não possui uma sala de recuperação pós-anestésica (REPAI). Atualmente as recuperações são realizadas na própria sala cirúrgica. Para tanto é utilizado: impresso de verificação de sinais vitais; a Escala de Andrete e Kroulik, de 1970 e revisada em 1995, que aplicada gera um índice avaliativo e evolutivo dos pacientes no período pós-anestésico (CASTRO et al. 2012) e, assim há monitorização e vigilância de sinais e sintomas gerais após cirurgia. Este processo, estava em implantação por ocasião da coleta de dados, tem no momento suas ações já implementadas. Entretanto, requer ajustes mediante os registros executados sistematicamente, para a oferta de segurança e qualidade.

Com relação as *Salas Cirúrgicas* o número de macas deve ser igual ao número de salas, que devem possuir instalações de água, oxigênio, ar comprimido, elétrica de emergência, vácuo e climatização.

A Maternidade possui 5 quartos de *Alojamento Conjunto*. Há 4 leitos para as mulheres acompanhadas dos berços com rodinhas para os RN e, de poltrona para acompanhante, em cada área de 5,00 - 6,00m², com distância mínima de 1,00m² entre os leitos ocupados, conforme preconizado. Entretanto, não dispõe de área/local para os cuidados e higienização dos recém-nascidos, como a recomendada bancada com pia. De maneira que os cuidados ao recém-nascido são realizados na cama da mãe. Todos os quartos possuem banheiro de uso exclusivo das pacientes. Assim, respeita as diretrizes da Portaria 2.068/2016.

Conforme a RDC nº 36 é necessário um *Posto de Enfermagem* para atender no máximo a 30 leitos. A Maternidade contempla este requisito com um Posto de Enfermagem no Alojamento Conjunto, para 20 leitos e, um Posto de Enfermagem para o Alojamento Clínico, que possui 14 leitos.

E ainda possui uma *Sala de Exames*, com área mínima de 7,50m², como preconizado nas diretrizes em consulta. Entretanto, na maternidade esta sala é específica para o atendimento ao recém-nascido e, nela acontecem: a coleta de exames, o banho e, os cuidados neonatais necessários. Não é permitido que as mães realizem cuidados nesta sala, sem a presença da enfermagem, as mães podem acompanhar os cuidados. Este cenário deve ser revisto, devido os seguintes pontos normativos: 1. Os cuidados neonatais devem ser desenvolvidos sempre e continuamente junto das mães, em local próximo às mesmas, para propiciar além do acompanhamento, a educação em saúde direcionando os melhores cuidados neonatais; 2. A Sala de Exames preconizada deve ser utilizada apenas para os exames.

Portanto, se preconiza a reavaliação da estrutura dos quartos de Alojamento Conjunto para que sejam propiciados os cuidados neonatais adequados com o provimento de bancada com pia.

Com relação à *lavagem das mãos* é prevista *pia* disponibilizada para pacientes, acompanhantes e profissionais, em cada sala/quarto e, nos sanitários (BRASIL, 2008a; SBP, 2010; BRASIL, 2016a). A Maternidade possui pias nos banheiros, mas não possui nos quartos. Para suprir esta demanda conta com dispensadores de solução alcoólica para a higienização das mãos em três pontos por quarto e, conta com o entendimento por parte dos profissionais, de que as mãos

deverão ser lavadas com água e sabão, quando visivelmente sujas; ou ser utilizado o álcool a 70% para antisepsia em outros momentos do cuidado (BRASIL, 2018).

5.5 DIMENSÃO PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

Para avaliação das práticas assistenciais realizadas pelos profissionais que assistem ao recém-nascido foi optado pela auditoria com a utilização do formulário com base nos documentos científicos e regulamentares de atenção ao RN. O formulário contempla as práticas e desfechos neonatais, para o (re)conhecimento das melhores evidências científicas aplicadas no cotidiano de trabalho de cada categoria e setor de atuação profissional.

O formulário contemplou perguntas relativas ao ciclo de assistência do recém-nascido: imediatamente após o nascimento, ainda no Centro Obstétrico e, posteriormente, no Alojamento Conjunto. E para cada resposta à afirmação colocada em Blocos, havia as opções: *sempre ou na maioria das vezes; raramente ou nunca; e, não se aplica*. Para favorecer o acompanhamento dos resultados reapresenta-se o Quadro 1 com a distribuição dos participantes que preencheram o formulário.

QUADRO 1 - NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL, LOCAL DE TRABALHO (ALOJAMENTO CONJUNTO E CENTRO OBSTÉTRICO), EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR

Alojamento Conjunto	Nº de profissionais
Enfermeiras	05
Técnicos em Enfermagem	12
Médicos Obstetras	01
Médicos Pediatras	02
Equipe Multiprofissional	03
TOTAL	23
Centro Obstétrico	Nº de profissionais
Enfermeiras	05
Técnicos em Enfermagem	10
Médicos Obstetras	05
Médicos Pediatras	05
Anestesiologista	03
TOTAL	28

FONTE: A Autora (2018).

5.5.1 Centro Obstétrico

Para o conhecimento das práticas assistências relativas à assistência ao recém-nascido no Centro Obstétrico, foram questionados os profissionais das seguintes categorias: pediatras, obstetras, anestesistas, enfermeiras obstétricas e técnicos de enfermagem, totalizando 28 profissionais.

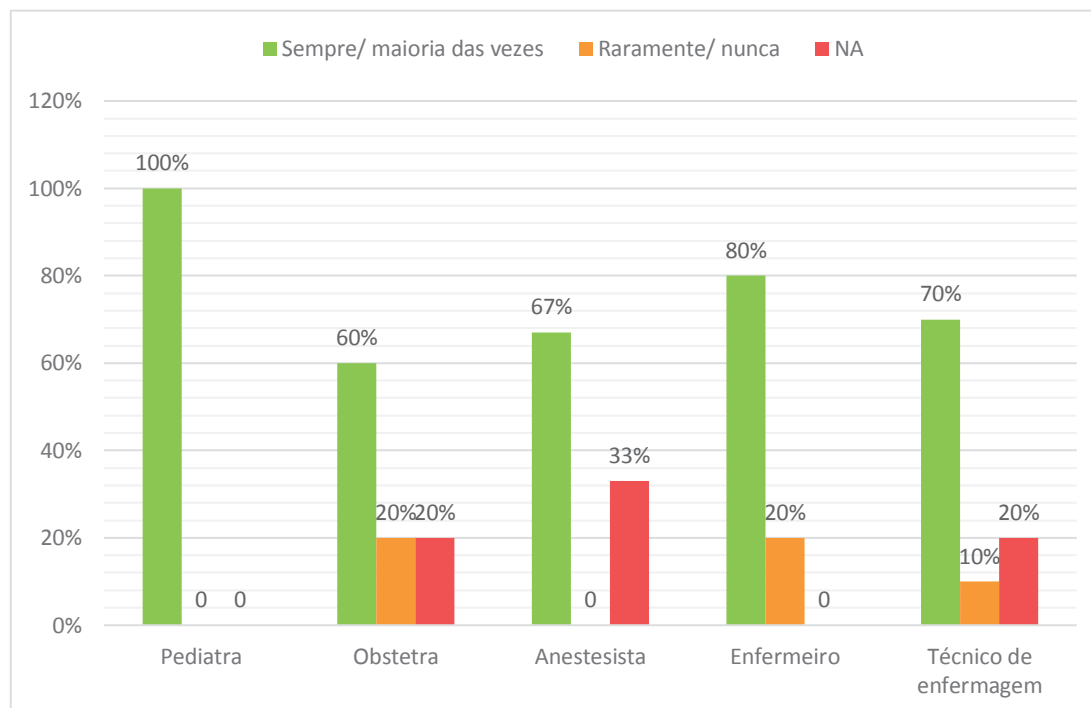
Todos os participantes responderam que *realizam sempre* ou *na maioria das vezes* **o atendimento humanizado e seguro** às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes e visitantes.

E, em relação a promoção da **ambiência acolhedora e ações de humanização**, apenas uma categoria profissional, a dos médicos, sendo 1 pediatra e 1 obstetra, respondeu que *realiza raramente* e que a assertiva *não se aplicava a sua categoria profissional*, respectivamente. Portanto, 80% dos médicos obstetras e pediatras e todos os demais profissionais *responderam que sempre ou a maioria das vezes* a promovem.

No que diz respeito à **indicação e realização de procedimentos de forma individualizada e baseada nos protocolos assistenciais**, apenas os técnicos de enfermagem responderam que realizam *raramente ou nunca* (10%) e que *não cabe à sua categoria profissional* (20%). Os demais profissionais referiram que realizam e indicam estes procedimentos *sempre ou na maioria das vezes*.

Quando questionados se **identificam complicações neonatais para imediata assistência ou encaminhamento**, todos os pediatras referiram realizar *sempre ou na maioria das vezes*. Os resultados são apresentados no Gráfico 7. Observa-se que parte dos técnicos, anestesistas e obstetras entrevistados não expressaram qualquer compromisso com a identificação de complicações e atenção imediata ao neonato.

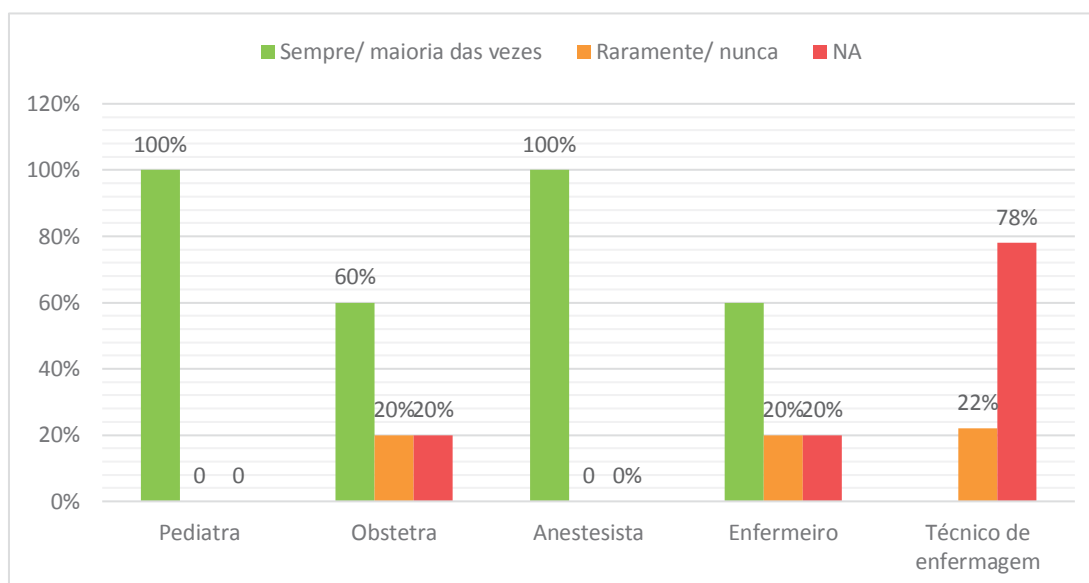
GRÁFICO 7 – AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUANTO À IDENTIFICAÇÃO DE COMPLICAÇÕES NEONATAIS E SEU ENCAMINHAMENTO, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018



FONTE: A Autora (2018).

Quando arguidos sobre serem **treinados em reanimação neonatal**, novamente os pediatras responderam que *sempre* são capacitados, os anestesistas também. Chama atenção que quase a metade dos enfermeiros, sinalizaram negativamente para treinamentos em reanimação (20% *raramente ou nunca* e 20% *não se aplica*), e ainda, 78% dos técnicos de enfermagem entendem-no como uma atividade que *não se aplica* às suas funções, vide Gráfico 8.

GRÁFICO 8 - AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SEGUNDO TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018



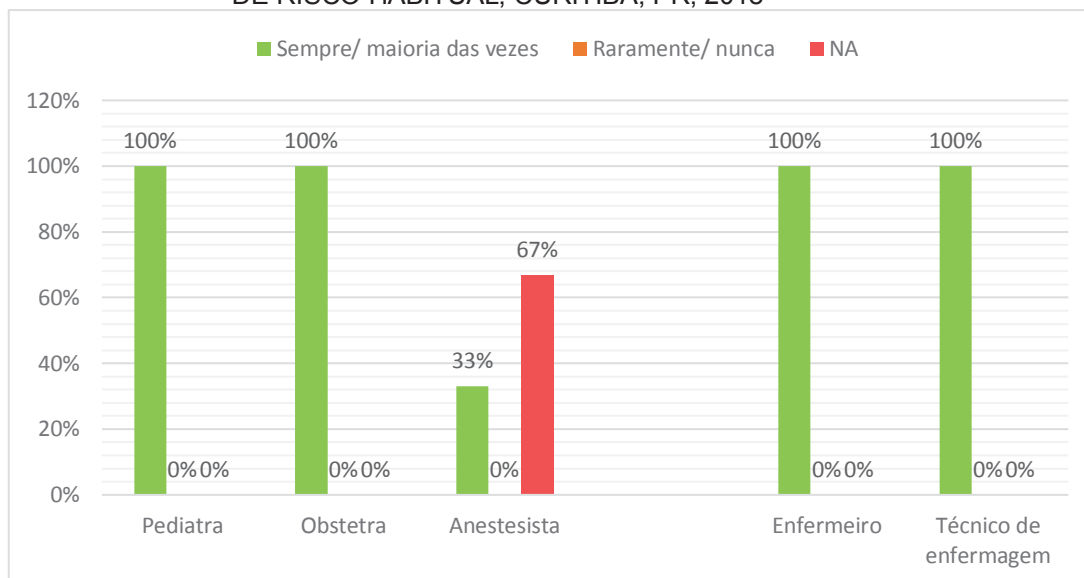
FONTE: A Autora (2018).

Todos os participantes da pesquisa sinalizaram *sempre ou na maioria das vezes* utilizarem as **precauções-padrão** para evitar o contato com material biológico do paciente (lavagem/higienização correta das mãos, o uso de luvas, aventais e, máscaras).

Quanto às respostas dos pediatras relativas à **garantia da temperatura na sala de parto entre 23-26 °C**: 20% responderam que *realizam raramente ou nunca*; 20% que *não compete a sua categoria profissional*; e, 60% que garantem *sempre ou na maioria das vezes*. Já, todos os obstetras, as enfermeiras e técnicos de enfermagem, *realizam sempre ou na maioria das vezes*. Com relação às respostas dos anestesistas: 67% *realizam sempre ou na maioria das vezes* e 33% apontam que manter a temperatura na sala de parto *não se aplica a sua categoria profissional*.

Sobre a **promoção do contato pele a pele imediato ao nascimento e contínuo**, o qual deve ser realizado quando o RN apresentar boa vitalidade, independente da via de nascimento, apresentam-se as respostas dos participantes nos Gráficos 9 e 10.

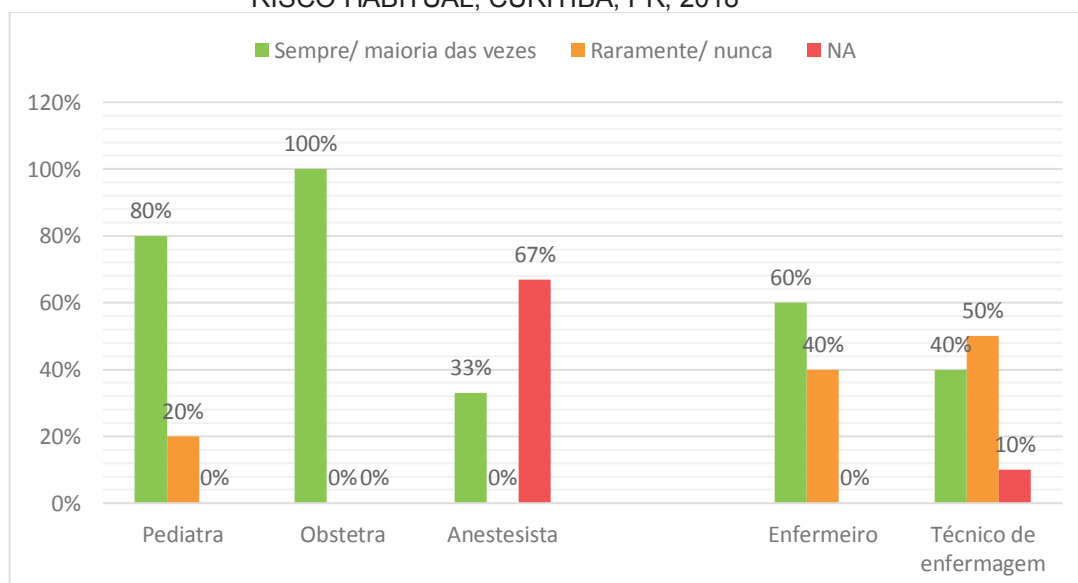
GRÁFICO 9 - AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUANTO À PROMOÇÃO DO CONTATO PELE A PELE PÓS PARTO NORMAL EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018



FONTE: A Autora (2018).

É observado no Gráfico 9, que os profissionais estão familiarizados com o **contato pele a pele após o parto normal**, pois todos responderam *realizar sempre ou na maioria das vezes*. Fugiu à regra, a categoria de médicos anestesistas, pois para 67% destes, este cuidado *não é de competência de sua categoria* profissional, mesmo que 33% o promovam *raramente ou nunca*.

GRÁFICO 10 - AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUANTO À PROMOÇÃO DO CONTATO PELE A PELE PÓS CESARIANA EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018



FONTE: A Autora (2018).

Já no **contato pele a pele após cesariana**, foi verificado que 33% dos anestesistas responderam *realizar sempre ou na maioria das vezes*, e ainda, 67% entendem como procedimento que *não se aplica* a sua categoria profissional. Dentre os pediatras, 80% referem *realizar sempre ou na maioria das vezes* e, 20%, *raramente ou nunca*. Em contrapartida, todos os obstetras entrevistados responderam *realizar sempre ou na maioria das vezes*. Quanto as respostas da equipe de enfermagem, 60% das enfermeiras e 40% dos técnicos de enfermagem realizam *sempre ou na maioria das vezes*.

Os profissionais responderam sobre os *procedimentos de conforto, manutenção da temperatura e vitalidade*, que são realizados durante o contato pele a pele, e as respostas estão descritas no Quadro 10.

QUADRO 10 - AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SEGUNDO PROCEDIMENTOS REALIZADOS DURANTE O CONTATO PELE A PELE EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018

(continua)

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA (%)		
Cobre o RN com tecido de algodão seco e aquecido	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	100	-	-
Obstetras	80	20	-
Anestesistas	33	-	67
Enfermeiras	100	-	-
Técnicos de Enfermagem	100	-	-
Coloca touca no RN	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	100	-	-
Obstetras	80	20	-
Anestesistas	33	-	67
Enfermeiras	100	-	-
Técnicos de Enfermagem	100	-	-
Monitora temperatura corporal do RN (T= 36,5 - 37,5 °C durante o contato pele a pele)	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	20	20	60
Obstetras	20	20	60
Anestesistas	33	-	67
Enfermeiras	40	60	-
Técnicos de Enfermagem	30	50	20
Mantém vias aéreas do RN pervias e avalia sua vitalidade de forma continuada	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	100	-	-
Obstetras	20	-	80
Anestesistas	33	-	67
Enfermeiras	100	-	-
Técnicos de Enfermagem	20	10	70
Fica atento ao controle de luminosidade, temperatura e ruídos no ambiente	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>

(continua)

Pediatras	40	20	20
Obstetras	40	0	60
Anestesistas	33	0	67
Enfermeiras	100	0	0
Técnicos de Enfermagem	100	0	0

FONTE: A Autora (2018).

Com estes resultados referentes à **manutenção e monitoramento da temperatura do RN** durante o contato pele a pele registra-se que mais da metade (acima de 50%) da equipe de enfermagem, o faz *raramente ou nunca*. E, que a proporção de anestesistas que sinalizaram adotar os procedimentos de conforto, normotermia e vitalidade, prefazem 33% do total destes. Já os médicos pediatras apenas não responderam totalmente (100%) para o atendimento das medidas de conforto (controle de luminosidade, temperatura e ruídos no ambiente) e monitoramento da temperatura corporal.

No tocante à **realização do clampeamento tardio do cordão** (após cessadas suas pulsações) quando o RN apresenta boa vitalidade, independente do líquido amniótico, sinalizam-se as respostas a seguir: todos os pediatras, obstetras e enfermeiras obstetras *realizam sempre ou na maioria das vezes*; e, todos os técnicos de enfermagem apontaram que tal medida *não se aplica a sua categoria profissional*. E, pertinente ao **clampeamento imediato do cordão** na vigência de vitalidade comprometida do RN, todos responderam realizar o procedimento, com exceção das categorias às quais *não se aplica* tal procedimento, os anestesistas e técnicos de enfermagem.

Todos os profissionais, com exceção dos anestesistas, *sempre ou na maioria das vezes estimulam o aleitamento materno na primeira hora de vida*, e para tanto consideram as condições de nascimento, com exceção às situações das mães HIV ou HTLV positivas. Entre os anestesistas que preencheram o instrumento, 67% sinalizaram estimular *sempre ou na maioria das vezes* e, 33% que esta medida, *não se aplica* a sua categoria profissional.

Alusivo à necessidade de serem **postergados os procedimentos de rotina do RN na primeira hora de vida** (exame físico, medidas antropométricas, profilaxia

da oftalmia neonatal, vacinação, banho, entre outros) os pediatras, enfermeiros e técnicos de enfermagem, os postergam *sempre ou na maioria das vezes*. Quanto aos obstetras e anestesistas, respectivamente 80% e 67% referem que tal atividade *não se aplica* à sua categoria profissional; e 20% e 33% responderam *realizar sempre ou na maioria das vezes*.

Foi questionado se os profissionais **realizam o atendimento imediato ao RN no mesmo ambiente do parto**, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico. Mais uma vez, 100% dos pediatras e enfermeiras que participaram da pesquisa responderam *realizar sempre ou na maioria das vezes* o atendimento no mesmo ambiente do parto.

Sobre a **garantia de que o RN não seja retirado da sala de parto sem identificação**, percebeu-se através dos resultados que é uma função quase que exclusivamente exercida pela enfermagem, pois todas as enfermeiras e técnicos de enfermagem *sempre* realizam a identificação. A maior parte (60%) dos pediatras observa esta identificação. Entretanto, 33% dos anestesistas e 80% dos obstetras referem que esta atividade *não cabe à sua categoria profissional*, os demais destas categorias, responderam *realizar sempre ou na maioria das vezes*.

A **verificação do Apgar** no primeiro e quinto minuto é de competência médica pediatra no cenário do nascimento, na Maternidade é feito em todos os nascimentos, e todos o fazem *sempre ou na maioria das vezes*.

Igualmente, quando questionados sobre a **não realização da aspiração de vias aéreas de rotina** (exceto em bebês que apresentem obstrução de vias aéreas) todos os médicos pediatras marcaram que *não* o realizam como rotina, sinalizando a resposta “*sempre ou na maioria das vezes*”.

E por fim, os profissionais do Centro Obstétrico foram arguídos sobre serem **capacitados em aleitamento materno**. As respostas apontaram para: todos os profissionais pediatras e enfermeiros *sempre ou na maioria das vezes* são capacitados. E ainda, 90% dos técnicos de enfermagem, 60% dos obstetras e 33%

dos anestesistas apresentaram a mesma resposta. Neste quesito, tem-se a recomendação complementar de que a equipe, incluindo todas as categorias profissionais, deve **atuar de maneira integrada para a promoção do aleitamento materno**, para a qual: todos os obstetras, enfermeiros e técnicos de enfermagem, 60% dos pediatras e 67% dos anestesistas, mencionaram realizar *sempre ou na maioria das vezes*.

5.5.2 Alojamento Conjunto

Na sequência da avaliação, apresentam-se os resultados relativos às práticas assistenciais no Alojamento Conjunto, no qual também foi aplicado o formulário de auditoria junto aos profissionais que assistem ao recém-nascido. Reitera-se que o instrumento conta com assertivas relativas ao cuidado prestado e de ações de humanização, que são recomendadas a partir dos documentos que transversalmente norteiam a presente avaliação normativa. E ainda, é lembrado que os profissionais respondentes são os pediatras e obstetras que atuam horizontalmente, isto é, quase a totalidade de sua jornada de trabalho é desenvolvida no Alojamento Conjunto; a equipe de enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem); e de outras categorias da 'equipe multiprofissional', como são entendidas no CMCBN as demais categorias profissionais pertencentes ao serviço social, fonoaudiologia e nutrição.

De acordo com a sequência do Formulário, foi observado que **nas cinco primeiras afirmativas**, referentes a Humanização e Segurança do RN, houve respostas unânimes dos 23 profissionais que participaram da pesquisa, apontando que *realizam sempre ou na maioria das vezes* os seguintes cuidados ou mantêm atenção, a saber:

1. Realiza atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes;
2. É capacitado para apoiar o aleitamento materno;
3. Quanto ao aleitamento materno, atua de maneira integrada com a equipe multiprofissional;
4. Promove e protege o aleitamento materno sob livre demanda, apoiando a puérpera na superação de possíveis dificuldades, de

acordo com suas necessidades específicas, com respeito às suas características individuais; e

5. Fornece à mulher orientações relativas à importância de não ofertar ao RN nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno.

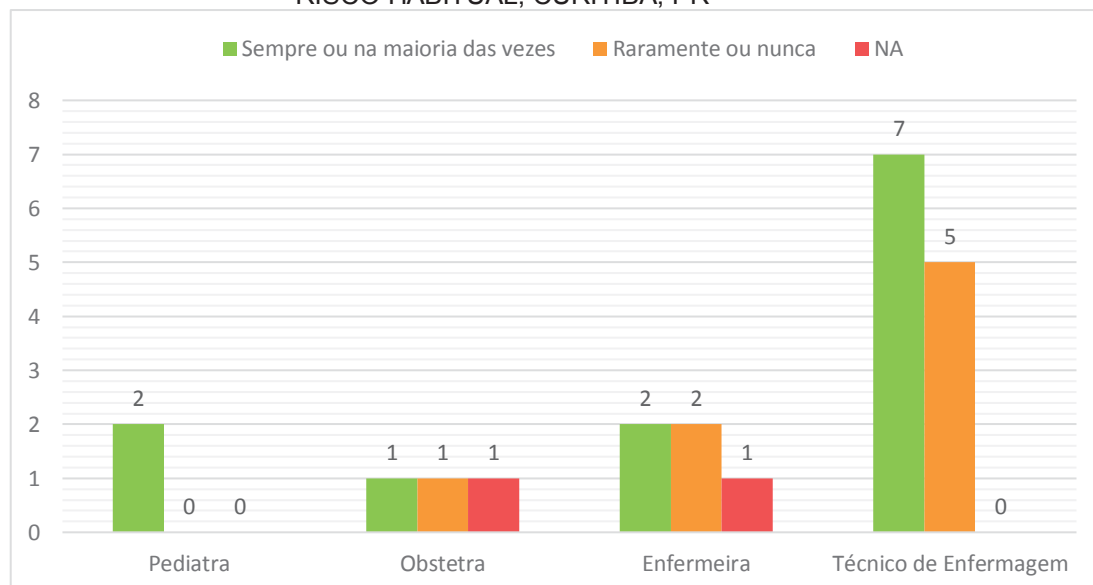
Alusivo ao fornecimento de orientações às mulheres, de que na vigência de **situações especiais, o médico ou nutricionista deverá prescrever a oferta de leite humano pasteurizado, proveniente de banco de leite humano, ou outro** (fórmula infantil), duas enfermeiras responderam realizar *raramente ou nunca*, os demais orientam *sempre ou na maioria das vezes*.

Ao responderem se oferecem **orientações relativas à importância de não usar protetores de mamilo e não oferecer bicos artificiais ao RN**, um pediatra e uma enfermeira responderam *raramente ou nunca* realizar esta orientação, os demais, *sempre ou na maioria das vezes*.

Em outras assertivas, concernentes a: a) **a oferta para a mulher de orientações sobre o risco da amamentação cruzada, e de amamentar o outro RN que não seja o próprio filho e de proibição desta prática na Maternidade e, b) apoiar, incentivar e orientar a participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN, bem como, de outros familiares, respeitando o desejo dos pais da criança**, observaram-se as seguintes respostas: uma das enfermeiras respondeu realizar *raramente ou nunca*, e os demais profissionais responderam que realizam *sempre ou na maioria das vezes*.

Relativo à **orientação e estímulo do contato pele a pele, posição Canguru, pelo tempo que a mãe e o pai considerarem oportuno e prazeroso, especialmente, quando se tratar de RN com peso inferior a 2500g**, os profissionais pediatras, a fonoaudióloga, nutricionista e assistente social responderam *realizar sempre ou na maioria das vezes*, os demais estão evidenciados no Gráfico 11.

GRÁFICO 11 - AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SEGUNDO A ORIENTAÇÃO E ESTÍMULO DA POSIÇÃO CANGURU, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR



FONTE: A Autora (2018).

No Gráfico 11, é evidenciado que um médico obstetra não se reconhece promotor desta ação, entretanto 3 enfermeiras e ainda 5 técnicas de enfermagem (perfazendo quase 50% da equipe de enfermagem) também não sinalizam pela devida importância do cuidado, pois o fazem *raramente ou nunca ou não o fazem*.

No Quadro 11, são apresentadas outras assertivas relativas à **humanização da assistência e aos cuidados ofertados no Alojamento Conjunto**, e também o número de profissionais que responderam à cada afirmativa segundo as variáveis de frequência.

QUADRO 11 - AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUANTO A ORIENTAÇÕES E PROCEDIMENTOS HUMANIZADOS AO RN NO AC EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR

(continua)

PROCEDIMENTOS	PROCESSO DE TRABALHO (NÚMERO ABSOLUTO)		
<i>Durante o banho orienta os cuidados necessários para a prevenção de hipotermia, incentivando especialmente a participação materna e/ou paterna, ou mesmo, de outro acompanhante.</i>	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	1	1	0
Obstetras	0	0	1
Nutricionista	0	0	1
Assistente Social	0	1	0
Fonoaudióloga	0	0	1
Enfermeiras	3	1	1

(continua)

Técnicos de Enfermagem	12	0	0
<i>Avalia o peso do recém-nascido de acordo com as necessidades / indicações individuais.</i>	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	2	0	0
Obstetras	0	0	1
Nutricionista	1	0	0
Assistente Social	0	0	1
Fonoaudióloga	1	0	0
Enfermeiras	2	2	1
Técnicos de Enfermagem	1	0	11
<i>Adota técnicas não farmacológicas (enrolamento, uso da glicose 25%, sucção não nutritiva ou ao seio materno) de prevenção ou redução da dor do RN, para a coleta de sangue e outros procedimentos dolorosos.</i>	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	2	0	0
Obstetras	0	0	1
Nutricionista	0	0	1
Assistente Social	0	0	1
Fonoaudióloga	0	0	1
Enfermeiras	5	0	0
Técnicos de Enfermagem	11	0	1

FONTE: A Autora (2018).

Nota-se que uma enfermeira *raramente ou nunca orienta os cuidados com o banho, para prevenção de hipotermia*, e outra profissional enfermeira refere que a prática não compete à sua categoria profissional.

Quanto a **avaliação do peso de acordo com suas necessidades**, respostas da equipe de enfermagem são enfatizadas, pois dos 17 profissionais, 12 responderam *não se referir à sua categoria profissional*. Sabe-se que estes frequentemente realizam a pesagem, conquanto, não monitoram as oscilações de ganho e perda ponderal.

Questionado os profissionais quanto à realização de atividades de **educação em saúde**, preferencialmente em grupo. Seguem-se relacionados os objetivos que se devem ter com as atividades, bem como, o resultado da análise de cada um deles:

- a- **Ampliar o autocuidado das mulheres e para com seus recém-nascidos;**
 Todos os profissionais responderam realizar *sempre ou na maioria das vezes*, com exceção de uma enfermeira que assinalou a opção *não se aplica*.

- b- **Desfazer mitos relacionados à maternidade, à paternidade, ao aleitamento materno, ao puerpério, ao retorno à vida sexual, entre outros.** Um enfermeira e dois técnicos de enfermagem responderam realizar *raramente ou nunca*. E ainda, duas enfermeiras e um técnico responderam que *não se aplica* à sua categoria profissional. Os demais participantes responderam realizar *sempre ou na maioria das vezes*.

Foi também arguido se os profissionais ficam **atentos ao estabelecimento de vínculo entre a mãe e o RN, e aos riscos e vulnerabilidades particulares**, bem como, se **mantêm a observação e escuta qualificada para esclarecer dúvidas e apoiar a mulher neste período**. Todos os profissionais responderam que *sempre ou na maioria das vezes*. Houve apenas uma exceção, de um técnico em enfermagem, apontando que *não compete à sua categoria profissional*.

Relacionado à **garantia de transferência do RN, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, e em transporte adequado às necessidades**, uma enfermeira e 11 técnicos de enfermagem assinalaram a opção *não se aplica*, portanto não entendem que esta atividade seja uma de suas funções. Este resultado é confirmado com a assertiva seguinte, na qual 11 dos 23 profissionais responderam que *não se aplica* à sua categoria profissional, a qual seja, o **conhecimento da regulamentação do Ministério da Saúde para transporte da mãe/RN em situações de transferência** (Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002).

Foi arguido se os profissionais **desenvolvem orientações para cuidados ao recém-nascido, bem como para o reconhecimento de situações de risco** (alimentar, icterícia, desidratação, sinais de onfalite, etc) **nos primeiros sete dias de vida**, e dois técnicos de enfermagem somado a uma enfermeira apontaram que estas orientações *não se aplicam* à sua categoria profissional.

Com relação à alta hospitalar do RN, que acontece sempre acompanhada da **elaboração de um Projeto Terapêutico Singular e Plano de Alta individualizado ao binômio**, conforme preconizado pela Portaria 2.068 de 2016, foram afirmadas

algumas diretrizes com base no arcabouço normativo, que são apresentadas no Quadro 12, juntamente com as respectivas respostas dos profissionais.

QUADRO 12 - AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUANTO À ELABORAÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018

(continua)

PROCEDIMENTOS	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS		
<i>Elabora Plano de Alta se atentando ao termo do RN, ao peso adequado para a idade gestacional, e sem comorbidades, com exame físico normal</i>	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	2	0	0
Obstetras	0	0	1
Nutricionista	1	0	0
Assistente Social	0	0	1
Fonoaudióloga	1	0	0
Enfermeiras	1	1	3
Técnicos de Enfermagem	2	0	10
<i>Elabora Plano de alta com atenção à icterícia do RN (sem icterícia nas primeiras 24 horas de vida)</i>	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	2	0	0
Obstetras	0	0	1
Nutricionista	0	1	0
Assistente Social	0	0	1
Fonoaudióloga	1	0	0
Enfermeiras	2	0	3
Técnicos de Enfermagem	0	1	11
<i>Elabora Plano de alta com atenção a presença de diurese e eliminação de mecônio espontâneo, bem como, de controle térmico adequado do RN</i>	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	2	0	0
Obstetras	0	0	1
Nutricionista	1	0	0
Assistente Social	0	0	1
Fonoaudióloga	0	1	0
Enfermeiras	3	0	2
Técnicos de Enfermagem	4	1	7
<i>Elabora Plano de alta com atenção à sucção com pega e posicionamento adequados, com boa coordenação sucção/deglutição (salvo em situações em que há restrições ao aleitamento materno)</i>	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	2	0	0
Obstetras	1	0	0
Nutricionista	1	0	0
Assistente Social	0	0	1
Fonoaudióloga	1	0	0
Enfermeiras	3	0	2
Técnicos de Enfermagem	8	1	3

<i>Elabora Plano de alta com atenção na utilização de substituto do leite humano, com formula láctea para situações em que a amamentação é contra-indicada de acordo OMS/2009 (“razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite”)</i>	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	2	0	0
Obstetras	1	0	0
Nutricionista	1	0	0
Assistente Social	0	0	1
Fonoaudióloga	1	0	0
Enfermeiras	2	0	3
Técnicos de Enfermagem	4	3	5
<i>Elabora Plano de alta com atenção à realização e registro de todos os testes da Triagem Neonatal (Pezinho, Linguinha, Orelhinha, Olhinho, Coraçãozinho)</i>	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	2	0	0
Obstetras	0	0	1
Nutricionista	0	0	1
Assistente Social	0	0	1
Fonoaudióloga	1	0	0
Enfermeiras	1	3	1
Técnicos de Enfermagem	12	0	0
<i>Elabora Plano de alta com atenção ao preenchimento de todos os dados na Caderneta de Saúde da Criança.</i>	<i>Sempre ou na maioria das vezes</i>	<i>Raramente ou Nunca</i>	<i>NA</i>
Pediatras	2	0	0
Obstetras	0	0	1
Nutricionista	0	0	1
Assistente Social	0	0	1
Fonoaudióloga	1	0	0
Enfermeiras	2	2	1
Técnicos de Enfermagem	9	0	3

FONTE: A Autora (2018).

Mediante os resultados apresentados pode ser reconhecido que este Projeto Terapêutico Singular, bem como, o Plano de Alta na Maternidade em estudo, é quase que exclusivamente realizado pelo pediatra.

E por fim, questionamos as **orientações oferecidas à mulher no momento da alta**, conforme o desenvolvimento necessário descrito abaixo:

- Procurar a Unidade Básica de Saúde caso o RN apresente problemas com aleitamento materno, icterícia, com o coto umbilical, e com as eliminações fisiológicas ou outra alteração;

- Se tiver intercorrências com as mamas, deve procurar os Bancos de Leite Humano para assistência com as boas práticas da amamentação, bem como, para orientações sobre a doação de leite humano;
- Deve higienizar as mãos antes e após o cuidado com o recém-nascido;
- Deve evitar ambientes aglomerados ou com pessoas apresentando sinais e sintomas de doenças infectocontagiosas, como gripe e resfriado;
- Deve transportar o recém-nascido de forma segura, e prevenir acidentes domésticos;
- Prevenção da morte súbita;
- Orienta o preparo correto da fórmula láctea e higienização dos utensílios utilizados para preparo e oferta desse alimento caso a amamentação seja contra-indicada (de acordo com razões médicas aceitáveis, OMS/2009).

Nestes questionamentos, a maioria dos profissionais responderam realizar as orientações *sempre ou na maioria das vezes*, totalizando 74,2% da amostra, 20% dos profissionais responderam realizar *raramente ou nunca* e, 5,8% acreditam que estas orientações *não se aplicam* à sua categoria profissional.

No QUADRO 13 é apresentada a síntese dos resultados da auditoria das práticas assistenciais da equipe multiprofissional, sinalizando os critérios atendidos, atendidos parcialmente ou não atendidos. Optou-se por desenvolver a apresentação dos resultados integrada à discussão para favorecer o entendimento do leitor.

QUADRO 13 – SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CENTRO OBSTÉTRICO DA MATERNIDADE DE RISCO
HABITUAL, CURITIBA, PR, 2018

(continua)

CENTRO OBSTÉTRICO	AVALIAÇÃO		
	ATENDE	ATENDE PARCIALMENTE	NÃO ATENDE
Realiza atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes.			
Promove ambiência acolhedora e ações de humanização.			
Indica e realiza procedimentos de forma individualizada e baseada nos protocolos institucionais.			
Identifica complicações neonatais para a imediata assistência ou encaminhamento a serviço de referência.			
É treinado em reanimação neonatal .			
Utiliza as precauções-padrão que compreendem a lavagem/higienização correta das mãos, o uso de luvas, aventais, e máscaras, para evitar o contato com material biológico do paciente.			
Garante a temperatura ambiente na sala de parto entre 23-26°C.			

(continua)

Promove o contato pele a pele com a mãe se logo após o nascimento via vaginal , quando o RN respirou ou chorou e, se está com tônus muscular em flexão.			
Promove o contato pele a pele com a mãe se logo após o nascimento via cirúrgica (cesariana) , quando o RN respirou ou chorou e, se está com tônus muscular em flexão.			
<ul style="list-style-type: none"> cobre o RN com tecido de algodão seco e aquecido 			
<ul style="list-style-type: none"> coloca touca no RN; 			
<ul style="list-style-type: none"> monitora a temperatura corporal do RN (se a temperatura do RN permanece entre 36,5 a 37,5°C durante o contato pele a pele); 			
<ul style="list-style-type: none"> mantém as vias aéreas do RN pervias e avalia sua vitalidade de forma continuada; 			
<ul style="list-style-type: none"> Fica atento para o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente. 			
Procede o clampeamento tardio do cordão, quando o RN apresenta boa vitalidade, independente do aspecto do líquido amniótico.			
Se o RN tiver idade gestacional maior ou igual a 34 semanas, e não começar a respirar ao nascer, e não mostrar tônus muscular em flexão, realiza o clampeamento imediato do cordão.			
Estimula o aleitamento materno na primeira hora de vida, considerando boas condições de nascimento exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas.			
Posterga os procedimentos de rotina do RN na primeira hora de vida: exame físico, medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal (colírio), vacinação, vitamina K, e banho.			
Realiza o atendimento imediato ao RN no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico.			
Garante que o RN não seja retirado do ambiente do parto sem identificação.			
Verifica o APGAR do primeiro e quinto minuto de vida.			
Não realiza aspiração de vias aéreas de rotina, exceto em RN que apresentem obstrução de vias aéreas por excesso de secreções.			
É capacitado em aleitamento materno.			
Atua de maneira integrada com a equipe multiprofissional para a promoção e apoio ao AM.			

FONTE: A Autora (2018).

No Quadro 14 é apresentada a síntese dos resultados das práticas assistenciais multiprofissionais realizadas no Centro Obstétrico da maternidade em avaliação normativa, sinalizando pelo atendimento, atendimento parcial ou não atendimento às recomendações legais e normativas.

QUADRO 14 – SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO ALOJAMENTO CONJUNTO DA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR

(continua)

ALOJAMENTO CONJUNTO	AVALIAÇÃO		
	ATENDE	ATENDE PARCIALMENTE	NÃO ATENDE
Realiza atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes.			
É capacitado para apoiar o aleitamento materno.			
Quanto ao aleitamento materno, atua de maneira integrada com a equipe multiprofissional.			
Promove e protege o aleitamento materno sob livre demanda, apoiando a puérpera na superação de possíveis dificuldades, de acordo com suas necessidades específicas, com respeito às suas características individuais.			
Fornece à mulher orientações relativas à importância de não ofertar ao RN nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno.			
Fornece orientações à mulher, de que na ocorrência de situações especiais, o médico ou a nutricionista deverá prescrever a oferta de leite humano pasteurizado, proveniente de banco de leite humano, ou outro (fórmula).			
Oferece à mulher orientações relativas à importância de não usar protetores de mamilo e não oferecer bicos artificiais (chupetas e mamadeiras) ao RN.			
Oferece à mulher orientações sobre os riscos da amamentação cruzada - amamentar outro RN que não seja o próprio filho e da proibição desta prática na Maternidade.			
Apoia, incentiva e orienta a participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN, bem como, de outros familiares, com respeito ao desejo dos pais da criança.			
Orienta e estimula o contato pele a pele, posição canguru, pelo tempo que a mãe e o pai considerarem oportuno e prazeroso, especialmente quando se tratar de RN com peso inferior a 2500g.			
Realiza o exame clínico do RN em seu próprio berço ou no leito materno, preferencialmente na presença da mãe e/ou do pai.			
Durante o banho orienta os cuidados necessários para a prevenção de hipotermia, incentivando especialmente a participação materna e/ou paterna, ou mesmo, de outro acompanhante.			
Avalia o peso do recém-nascido de acordo com as necessidades / indicações individuais.			
Adota técnicas não farmacológicas (enrolamento, uso da glicose 25%, sucção não nutritiva ou ao seio materno) de prevenção ou redução da dor do RN, para a coleta de sangue e outros procedimentos dolorosos			
Referencia ou agenda o acompanhamento do RN no serviço de saúde, para a primeira semana após o parto.			

Realiza atividades de educação em saúde, preferencialmente em grupo, com o objetivo de:			
a. ampliar o autocuidado das mulheres e para com os RN;			
b. desfazer mitos relacionados à maternidade, à paternidade, ao aleitamento materno, ao puerpério, ao retorno à vida sexual, entre outros;			
Fica atento ao estabelecimento de vínculo entre a mãe e o RN, aos riscos e vulnerabilidades particulares, bem como, mantém observação e escuta qualificada para esclarecer dúvidas e apoiar a mulher neste período.			
Garante que a transferência do RN, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, e em transporte adequado às necessidades.			
Conhece a regulamentação do Ministério da Saúde para o transporte da mãe/RN em situações de transferência (Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002).			
Desenvolve orientação da mãe/pai para os cuidados adequados ao recém-nascido, e reconhecimento de situações de risco (alimentar, icterícia, desidratação, sinais de onfalite) nos primeiros sete dias de vida.			
Na alta do RN (juntamente com a mãe) elabora Projeto Terapêutico Singular, considerando as situações abaixo:			
a. RN a termo e com peso adequado para a idade gestacional, sem comorbidades e com exame físico normal;			
b. RN sem icterícia nas primeiras 24 horas de vida;			
c. RN com diurese e eliminação de mecônio espontâneo e controle térmico adequado;			
d. RN com sucção ao seio com pega e posicionamento adequados, com boa coordenação sucção/deglutição, salvo em situações em que há restrições ao aleitamento materno;			
e. RN em uso de substituto do leite humano, com formula láctea para situações em que a amamentação é contra-indicada de acordo OMS/2009 ("razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite")			
f. Checa a realização de TODOS (Pezinho, Linguinha, Orelhinha, Olhinho, Coraçãozinho) os testes da Triagem Neonatal.			
g. Realiza o preenchimento de todos os dados na Caderneta de Saúde da Criança.			
No momento da alta, faz as seguintes orientações para as mães:			
Procurar a Unidade Básica de Saúde caso o RN apresente problemas com aleitamento materno, icterícia, com o coto umbilical, e com as eliminações fisiológicas ou outra alteração;			
Se tiver intercorrências com as mamas, deve procurar os Bancos de Leite Humano para assistência com as boas			

(continua)

práticas da amamentação, bem como, para orientações sobre a doação de leite humano;			
Deve higienizar as mãos antes e após o cuidado com o recém-nascido;			
Deve evitar ambientes aglomerados ou com pessoas apresentando sinais e sintomas de doenças infectocontagiosas, como gripe e resfriado;			
Deve transportar o recém-nascido de forma segura, e prevenir acidentes domésticos;			
Prevenção da morte súbita;			
Orienta o preparo correto da fórmula láctea e higienização dos utensílios utilizados para preparo e oferta desse alimento caso a amamentação seja contraindicada (de acordo com razões médicas aceitáveis, OMS/2009).			

FONTE: A Autora (2018).

6 DISCUSSÃO

Neste Capítulo, os resultados da pesquisa são discutidos e cotejados com as políticas públicas de saúde, com destaques para as normativas que formaram a base desta pesquisa, assim como com a literatura correlacionada ao tema.

6.1 DIMENSÃO GERENCIAL E ORGANIZACIONAL

A segurança na atenção obstétrica e neonatal é de extrema importância visto o número de nascimentos que acontecem por ano, além das internações advindas do período gestacional, puerperal e neonatal. A atenção a este segmento populacional ocorre na rede de atenção primária em saúde, mediante o pré-natal; na comunidade, através das ações educativas, apoio ao aleitamento materno, social, nutricional, imunização, entre outros; e na assistência hospitalar (BRASIL, 2014a).

A evidência maior da necessidade da preocupação dos profissionais de saúde com a segurança das práticas de cuidar é relativa à vivência do parto e nascimento, por ter potencial para marcar as famílias, positiva ou negativamente, incluindo aspectos emocionais, humanos, culturais e sociais. Assim, a atenção materna e neonatal deve possuir uma concepção multidimensional em que os danos gerados ao paciente devem abranger tanto eventos adversos que comprometam a função do corpo, como lesões, incapacidades, disfunções e até mesmo a morte, assim como o sofrimento social, psicológico, moral e cultural (BRASIL, 2014a).

Estratégias voltadas para a melhoria da qualidade à saúde e para a segurança desta população devem incluir: treinamentos, simulações, desenvolvimento de protocolos, diretrizes e listas de checagem, uso da tecnologia da informação e educação para a segurança. Acredita-se que nestes aspectos possa haver contribuição para a redução dos danos físicos e/ou psicológicos decorrentes de processos assistenciais, com a apropriação e implementação de processos normativos e, de ações de fiscalização e orientações dos serviços, gestores e profissionais (BRASIL, 2014a).

Esforços voltados à redução da morbimortalidade, melhoria da qualidade e segurança compreendem a organização da assistência em rede, com acesso universal e precoce aos serviços de referência, somados a estruturação e organização

adequada dos serviços assistenciais, abrangendo a capacitação dos profissionais com vistas ao reconhecimento precoce dos problemas e, atuação em tempo hábil e com eficiência diante de complicações oriundas do processo assistencial (BRASIL, 2014a).

A *primeira estratégia* para melhoria da assistência prestada é a de garantir a qualidade através da revisão dos processos de trabalho, com identificação de falhas e possíveis correções. A *segunda estratégia* é a de promover a melhoria contínua do desempenho, com adoção de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, para a garantia da assistência nos melhores padrões de cuidados. O foco das atividades contudo, deve ser no sistema e no trabalho em equipe e, não centrada nos indivíduos. Punições não são adequadas e efetivas. E por fim, a *terceira estratégia* é a busca e aplicação da inovação clínica, através da incorporação de novas tecnologias e da pesquisa (BRASIL, 2014 a).

Em avaliação do grau de implantação do Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, em hospitais de Minas Gerais, os resultados apontaram fragilidades na qualidade da atenção relacionadas à estrutura e ao processo de assistência ao parto e nascimento. Foram ressaltadas fragilidades relativas à presença de profissionais capacitados e qualificados, instalações físicas adequadas, disponibilidade de materiais e equipamentos, organização e estruturação do trabalho e da assistência direta ao binômio mãe-filho (COELHO, 2014). Outra pesquisa, reitera que há fragilidades no processo de trabalho e nos serviços de pré-natal, sugerindo manutenção de busca ativa das gestantes, com supervisão e controle sistemático da qualidade do pré-natal, além de investimento em sua reorganização no município de Vitória (MAIA et al., 2017a).

No que tange à estrutura, parte-se do pressuposto de que esta pode contribuir para a qualidade e humanização da atenção neonatal, visto que as evidências apontam que por si, os profissionais, materiais e ambientes adequados ao cuidado seguro à mulher e ao recém-nascido, não determinam isoladamente a qualidade da atenção (COELHO, 2014).

Da presente avaliação normativa pode ser afirmado que a maternidade apresentou adequação para a maioria dos itens relativos a estrutura organizacional e física, de acordo com as normas consultadas. Há necessidade de readequação da parte elétrica por se tratar de uma estrutura em funcionamento há mais de 20 anos;

outros pequenos consertos têm sido feito ao longo dos anos, para recuperação da estrutura predial.

A adequação do espaço físico viabiliza a adoção de práticas voltadas à assistência humanizada, os espaços preconizados pelo Ministério da Saúde são recursos físicos mínimos para a realização de nascimentos de qualidade (BRASIL, 2008a).

Ao considerar a avaliação em saúde pautada no modelo de Donabedian, as adequadas condições de estrutura são requisitos favoráveis para a qualidade da assistência, devido elevar a probabilidade da ocorrência de um bom processo e, consequentemente, de resultados positivos (DONABEDIAN, 2014).

Conforme pontuado nos resultados, a Maternidade não possui no próprio local laboratório clínico para exames de urgência, radiologia e transfusão, todos estes serviços são terceirizados. Infere-se que este cenário de maternidade de risco habitual, poderá dificultar diagnósticos precoces, início e viabilidade de tratamento, independente do contexto histórico de não ocorrência da necessidade de transfusão sanguínea em recém-natos nos últimos três anos e, de que o serviço esteja atendendo às necessidades maternas. A não realização dos exames clínicos laboratoriais em tempo oportuno pode fragilizar o contexto das práticas profissionais.

As especialidades médicas neonatais / pediátricas não oferecidas no próprio local, seguem a mesma lógica dos laboratórios e exames. Poderá dificultar o diagnóstico da emergência e urgência e, consequentemente a implementação de tratamento, encaminhamentos referenciados, bem como, em situação mais extrema a manutenção da vida materna e infantil, sobretudo considerando-se as implicações cardiorrespiratórias e metabólicas.

Comumente a assistência ao parto não necessita de complexo aporte técnico e tecnológico complexo, porém quando necessária, deverá ser de qualidade e estar acessível a toda população. Em estudo realizado por Silva et al. (2014), com o objetivo de desenvolver um índice para avaliar a qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal no SUS, foi evidenciado elevado quantitativo de unidades hospitalares sem complexidade. Constatação, que segundo os autores, compromete a atenção aos casos mais graves sobretudo na vigência da dificuldade de acesso aos serviços de maior complexidade, e portanto, está associado à ocorrência de óbitos perinatais.

Quanto à vigência e manutenção das Comissões e Comitês da maternidade, está de acordo com o preconizado nas normativas. É sabido, que a avaliação e vigilância do óbito infantil e fetal, passou a ser obrigatória em 2010, nos serviços públicos e privados (BRASIL, 2010), a maternidade se mantém no atendimento a esta vigilância.

É imprescindível a organização de Comitês Hospitalares que ofereçam espaço de discussão entre os profissionais de saúde e gestores, para viabilizar a identificação das causas básicas dos óbitos, a evidenciação das brechas técnica e tecnológica dos serviços, que podem ter precipitado ou favorecido a morte. A partir desta análise é que devem ser planejadas e implementadas ações e medidas de prevenção dos óbitos (MANSANO et al., 2004; ORLANDI, 2007; BRASIL, 2010; VIANNA et al., 2016).

Neste sentido, é reiterada a necessidade de ser o trabalho analítico desenvolvido por equipe multiprofissional, que integre as esferas de atenção, e, que tenha como base os documentos internacionais, nacionais e locais. Nesta perspectiva, se acredita por alcançar a prevenção de outros óbitos, tanto fetais e infantis, com ênfase no neonatal precoce, que venham a ser expostos às mesmas circunstâncias (ORLANDI, 2007; BRASIL, 2010; VIANNA et al., 2016; MIGOTO et al., 2018).

Sabe-se que o indicador da mortalidade materna e neonatal reflete a qualidade da atenção voltadas à essa população, e sua redução ainda se constitui em um desafio para os países em desenvolvimento (REIS, 2011; BRASIL 2014a; MIGOTO et al., 2018).

Nesta perspectiva, a pesquisa Pesquisa Nascer no Brasil apontou para resultados associados ao óbito neonatal e seus determinantes causais, de entre eles: prematuridade; riscos na gestação atual e em gestações anteriores; baixa escolaridade materna; residência materna na Região Norte do Brasil; a não utilização de boas práticas durante o trabalho de parto e parto; inadequação do pré-natal; ser um hospital público; e, a ausência de acompanhante durante o parto. Proporção significativa dos óbitos analisados ocorreram em hospitais públicos, e metade dos recém-nascidos tinham muito baixo peso (abaixo de 1500g) e, como agravante, nasceram em hospitais sem UTI neonatal (LANSKY et al., 2014).

Uma das conclusões apontadas pela Pesquisa Nascer no Brasil foi o não reconhecimento da associação entre o processo assistencial e os desfechos

perinatais. Para o qual, é recomendada a implantação e implementação de boas práticas no nascimento como ação eficaz para a prevenção dos óbitos neonatais evitáveis e, conseqüentemente, para a redução da mortalidade infantil (LANSKY et al., 2014).

Com respeito à prevenção e controle de infecção hospitalar, a maternidade em análise atendeu os requisitos necessários e preconizados nas Portarias vigentes, principalmente no que diz respeito ao monitoramento e vigilância das IRAS. Todavia, o atendimento a estes requisitos não tem sido regra no território nacional.

Neste sentido, o estudo de abrangência nacional, realizado por Silva et al. (2014), em 2009, com dados do Sistema de Informações Hospitalares e do CNES, avaliou a assistência hospitalar materna e neonatal. Como resultados, evidenciou níveis insatisfatórios no desenvolvimento de práticas recomendáveis de humanização e cuidado; no monitoramento da qualidade da assistência; no controle de infecções; e nas notificações das doenças. Apontou ainda, que os serviços da rede materna e neonatal com a melhor qualidade se localizavam nas regiões mais desenvolvidas do País – Sudeste e Sul (SILVA et al., 2014). Resultado este que corrobora com os achados de qualidade positiva na maternidade avaliada, no estado do Paraná, região Sul do Brasil.

A Organização Pan-Americana da Saúde considera todas as infecções ocorridas no período neonatal como IRAS, exceto as de transmissão transplacentária. As IRAS são classificadas como precoces quando se manifestam nas primeiras 48 horas de vida e, como tardias as de manifestação após de 48 horas de vida. Como fatores de risco são apresentados: o peso ao nascer, a baixa imunidade, os procedimentos invasivos e, a internação hospitalar prolongada. As estratégias para prevenção de IRAS em neonatologia contemplam as medidas administrativas e gerenciais de prevenção e controle, incluem as boas práticas ao nascimento e, o incentivo ao aleitamento materno (OPAS, 2017).

Neste aspecto, os documentos das instituições demandam por atualizações e revisões frequentes, decorrentes das mudanças nos processos de trabalho voltados ao cuidado do RN, sobretudo, no que diz respeito à humanização da atenção ao nascimento. No processo de avaliação da maternidade pode ser verificada a necessidade de empenho, dos gestores e da equipe de saúde para a estruturação de

documentos voltados à atenção neonatal, principalmente no que diz respeito as boas práticas.

O achado da pesquisa está convergente com os resultados do trabalho realizado por Coelho (2014), pois também não foi observada em todas as instituições auditadas (Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais), a disponibilidade de instrumentos para a gestão e assistência humanizada ao parto e nascimento, como as normas, protocolos clínicos e/ou rotinas de técnicas descritas.

Para a melhoria do trabalho da equipe envolvida no nascimento têm sido reiterados alguns aspectos, dentre eles, a integração dos profissionais de saúde com as instâncias gerenciais mediante a discussão de casos clínicos e, de indicadores monitorados na instituição (COELHO, 2014).

A OPAS, em 2017, sinaliza pela atenção ao valor fundamental que há na padronização das rotinas, dos protocolos para à prevenção da transmissão cruzada, das boas práticas em procedimentos, principalmente invasivos, bem como, do uso racional de antibióticos (OPAS, 2017).

E, na atenção neonatal, a OPAS evidenciou, com foco na organização estrutural necessária, a padronização das rotinas relacionadas à assistência direta. Nesta perspectiva as recomendações contêm o alinhamento das rotinas de desinfecção e limpeza do ambiente, de materiais e equipamentos. Já como impacto no processo de trabalho, são relacionados com ênfase a oferta de insumos e equipamentos apropriados para o atendimento ao recém-nascido e, o suporte laboratorial para diagnóstico em tempo oportuno. Somados à organização do serviço com equipe treinada para a realização das atividades voltadas à atenção neonatal, com garantia da segurança (OPAS, 2017).

Para a estruturação e adoção de protocolos que promovam nível significativo de segurança e qualidade do cuidado em saúde neonatal a ANVISA recomenda, mediante publicação de material sobre segurança e qualidade da atenção materna e neonatal que, com base em uma política de qualidade interna, a atuação profissional interdisciplinar congregada aos conhecimentos específicos e às habilidades técnicas, com foco na articulação entre os níveis de assistência (BRASIL, 2014a).

A ANVISA reitera que é fundamental a existência de indicadores ou medidas com o intuito de avaliar a qualidade ou eficiência da assistência. Os indicadores podem ser correlatos aos *elementos estruturais*, aos *componentes do processo de*

trabalho, e aos resultados assistenciais. Conquanto, em posse dos indicadores o serviço deverá *estabelecer padrões de referência* para auto-avaliação continuada de seu desempenho, com estabelecimento de metas de melhoria (BRASIL, 2014a).

Na maternidade parte dos indicadores analisados estão de acordo com o preconizado nas normativas. Os concernentes a atenção neonatal de risco, como: a taxa de recém-nascidos ventilados em sala de parto; taxa de recém-nascidos de baixo peso ao nascer e de muito baixo peso ao nascer; e taxa de recém-nascidos com cateter central não são analisados. Apesar ser justificável esta falta de análise em virtude de ser um serviço de risco habitual, não o é frente a necessidade de monitoramento dos indicadores recomendado e, do atendimento eventual aos recém-nascidos que necessitem de manobras de reanimação e cuidados intensivos até sua transferência para um serviço de referência. Situação esta que deve ser refletida conjuntamente por gestores deste serviço, gestores municipais e estaduais de saúde, em se tratando da vigência de uma Política de Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil.

A esta discussão se integra a abordagem dos indicadores de cesariana, sobretudo em primigestas. A princípio, a OMS apresenta como desejável uma Taxa de Cesariana entre 10 a 15%, entretanto, mediante dados de uma pesquisa ecológica mundial: “Quando as taxas populacionais de cesáreas ultrapassam os 10% e chegam até 30%, não é observado nenhum efeito sobre a mortalidade.” (OMS, 2015, p. 3).

A Conitec (2016b), enfatiza, que tanto no sistema público quanto privado brasileiro, a Taxa de Cesariana é elevada, 40% e 85%, respectivamente. Reiterando que as Taxas maiores do que 10% não contribuem com a redução da mortalidade materna e, nem tampouco com a perinatal. Os esforços devem ser continuamente envidados em busca de uma taxa que favoreça a redução da morbi-mortalidade materna e infantil.

A OMS, em 2015, já sinalizava pela falta de clareza sobre os efeitos das taxas de cesáreas para além da mortalidade. E, nesta apresentação, suscita a morbidade materna e perinatal, com desfechos que atingem as crianças e o seu bem-estar social e psicológico. Mas, enfatizou que os estudos até então desenvolvidos eram insuficientes para o pleno entendimento dos efeitos da cesárea, tanto imediatos como a longo prazo, sobre a saúde materna e infantil (OMS, 2015).

Por princípio, a Taxa de Cesariana em primigestas devem também respeitar os limites recomendados, tanto pela OMS quanto pela CONITEC, o que não acontece na maternidade em estudo, pois a proporção é de quase 3 vezes maior. Assim, é enfaticamente recomendado que as cesarianas deverão ter indicações médicas precisas, para que vidas de mães e bebês possam ser preservadas (OMS, 2015; CONITEC, 2016b).

A maternidade realiza o monitoramento de indicadores de atenção neonatal não contemplados nas normativas mas, que igualmente demonstram a qualidade e a humanização do atendimento ao neonato, como: o contato pele a pele imediato logo após o nascimento; o clampeamento após cessadas suas pulsações; e, a taxa de recém-nascidos aspirados na sala de parto.

Pesquisadores, apontam que frente a crescente necessidade de avaliação da saúde e desempenho dos sistemas e serviços, os indicadores se constituem ferramentas adequadas para a obtenção de informações relevantes, que subsidiem a tomada das decisões (SILVA et al., 2014).

Mais recentemente, pesquisadores analisaram a qualidade dos Sistema de Informação de Pré-natal do município de Vitória, Espírito Santo, constatando qualidade ruim e muito ruim dos indicadores, relativa à incompletude das variáveis, sobretudo das sociais, as quais permitem análise da vulnerabilidade e fatores de risco do binômio. Enfatizaram que há necessidade premente de capacitação dos profissionais, pois as informações geradas com as análises são indispensáveis ao planejamento, avaliação e organização dos serviços e atendimento ao recomendado pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Incentivam pesquisas voltadas para os aspectos assistenciais (MAIA et al., 2017b).

Em 2018, publicação de um estudo avaliativo do processo do pré-natal de gestantes de baixo risco de uma Casa de Parto, da Universidade Federal de Fortaleza, apontou também a necessidade de desenvolvimento de pesquisas com indicadores de processo dos serviços. E ainda, que os indicadores merecem maior atenção por parte de gestores e profissionais de saúde para o monitoramento de avaliação da assistência no pré-natal, e garantia da qualidade das práticas profissionais (BALSSELS et al., 2018).

A disponibilidade e qualidade dos programas de treinamento e educação continuada que a instituição oferece aos seus profissionais pode afetar diretamente o

seu desempenho e conseqüentemente a assistência oferecida ao recém-nascido. A eficácia dos treinamentos depende dos métodos de ensino, da avaliação das habilidades, do monitoramento, bem como, das suas atualizações (BRASIL, 2014a).

A pesquisa Nacer no Brasil avaliou a estrutura das Maternidades brasileiras e apontou que muitos hospitais públicos e mistos realizam atividades de ensino. Esta situação pode ser indicativa da presença de equipe profissional mais experiente e, portanto, com maior possibilidade de impacto positivo na qualidade da assistência (BITTENCOURT et al., 2014).

A maternidade analisada no presente estudo, contemplou os requisitos necessários sob a ótica da qualidade da assistência, com foco nos aspectos de gestão, relativas a biossegurança, às notificações de eventos adversos, com contínua avaliação. Entretanto, necessita de melhorias das notificações de incidentes, com apropriação da cultura de segurança e qualidade assistencial.

Os serviços de atenção materna e neonatal devem implantar e implementar ações de farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância, e vigilância do controle de infecções e eventos adversos (BRASIL, 2014a), quesito ao qual atende a maternidade em estudo. Todavia, a equipe de gestão local esta deve se empenhar para propiciar discussões aplicando as ferramentas para análise da causa raiz dos incidentes, com a proposição de melhorias e planos de ação preventivos, para prevenção dos eventos, principalmente dos graves.

Desde 2014, as instituições utilizam o NOTIVISA para notificar os eventos adversos, queixas técnicas e, incidentes relacionados à assistência (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014a). A maternidade realiza as notificações desde 2016. Entretanto, há necessidade de maior engajamento dos gestores, para a consolidação da cultura de segurança, mantendo o incentivo à suas equipes, para a valorização das notificações e, conseqüente elaboração, implementação e contínua avaliação dos planos de ação específicos.

A maior parte das notificações na maternidade são relacionadas à prescrição, uso e administração de medicamentos para o nascimento seguro, mais especificamente, são incidentes sem dano que atingiram o paciente. Estas notificações são internacionais e alcançam seis objetivos para melhoria da qualidade e segurança do paciente, os quais são colocados como Metas, sendo a Meta 3 e 4,

respectivamente relacionadas, aos medicamentos e cirurgia segura (IBSP, 2017), que no enfoque da maternidade é tomado como o nascimento seguro

As atividades de promoção da qualidade devem ter foco e ser executadas a partir da definição de objetivos. As prioridades de melhoria ou situações que apresentem maior risco de complicações devem ser priorizadas. É necessária a identificação das situações clínicas ou organizacionais que possam interferir na qualidade da assistência, como os eventos sentinela ou incidentes graves, os quais necessitam de ações de análise e avaliação (BRASIL, 2014a). O Quadro 15 apresenta alguns eventos fetais/neonatais considerados como sentinelas, de acordo com o documento de Qualidade e Segurança da Atenção Materna e Neonatal, da ANVISA, Ministério da Saúde (2014a).

QUADRO 15 - EVENTOS SENTINELA FETAIS E NEONATAIS EM MATERNIDADES SEGUNDO A ANVISA/MS, 2014

Mortes fetais e neonatais com peso $\geq 500g$
Nascimento de uma criança com menos de 32 semanas em uma instituição sem UTI neonatal
Transferência de um recém-nascido para uma UTI neonatal em outra instituição
Escore de Apgar <7 no 5º minuto
Lesão fetal em cesariana
Tocotraumatismo
Convulsões neonatais
Recém-nascidos com mais de 2.500g admitido em UTI neonatal
Anomalia fetal não diagnosticada

FONTE: A Autora com base no documento de serviços de atenção materna e neonatal: qualidade e segurança (BRASIL, 2014a).

Tais critérios, conquanto, se constituem como elementos para um modelo de gestão que promova sistematicamente as ações e procedimentos imprescindíveis para a atenção ao recém-nascido. Segundo o *Documento de Serviços de Atenção Materna e Neonatal: qualidade e segurança*, as ações para melhoria da qualidade assistencial incluem: trabalho em equipe; simulações; diretrizes baseadas em evidências; desenvolvimento de protocolos clínicos otimizados; listas de checagem de segurança; intervenções combinadas (*bundles*); e, educação continuada (BRASIL, 2014a).

6.2 RECURSOS HUMANOS DE UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL

Os serviços de atenção materna e neonatal, de acordo com a assistência prestada, devem contar com infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à sua operacionalização (BRASIL, 2014a). Requisitos que reiteram o preconizado no documento da RDC 36/2008 (BRASIL, 2008a).

Além disto, na ênfase da atenção materna e neonatal prevalece a força e competência do trabalho humano, que é desenvolvido mediante equipes multiprofissionais, fato que exige vigilância para prevenção de erros e danos, em especial, consequentes de falhas na comunicação. Tendo em vista, que o modelo obstétrico vigente no Brasil, expõem as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções com grandes chances de provocar danos, muitas vezes graves (BRASIL, 2014a), falhas na comunicação elevarão as chances de perda das vidas.

A presença do profissional pediatra, recomendada pela SBP, em todos os nascimentos é contemplada na Maternidade. Mas, não foi verificada em estudo realizado por Oliveira (2017), que encontrou baixo percentual de presença do pediatra na sala de parto, para em torno de 4,3% dos nascimentos em seu estudo, relacionando o fenômeno com a baixa importância dada pelos gestores.

A Portaria nº 371 de 2014, destaca que a assistência ao recém-nascido deve ser realizada por profissional capacitado (médico, preferencialmente pediatra ou neonatologista, ou enfermeiro, preferencialmente obstetra/obstetriz ou neonatal) desde o período imediatamente anterior ao parto até o encaminhamento ao alojamento conjunto ou à unidade neonatal (BRASIL, 2014b).

Segundo o Código de Ética de Enfermagem, o profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. No Decreto nº 94.406, em seu artigo 8º é incumbência do Enfermeiro como integrante da equipe de saúde, a prestação da assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

A Resolução do COFEN nº 477/2015 descreve que o Enfermeiro Obstetra ou Obstetriz exercem todas as atividades de Enfermagem na área da obstetrícia, cabendo-lhes, o acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido da internação até a alta (COFEN, 2015, 2016; COREN/PR, 2016).

No Parecer Técnico nº 4, do Conselho Regional de Enfermagem do estado do Paraná (COREN/PR), emitido em 2016, foi apontado que o Enfermeiro,

preferencialmente, o Enfermeiro/a Obstetra/Obstetriz ou Neonatologista, estará apto, mediante capacitação específica, para recepcionar o RN ao nascimento, seja por via vaginal ou cesariana, e assim, realizar os primeiros cuidados para a manutenção do bem-estar da parturiente/puérpera e, de seu RN (COREN, 2016).

A equipe multiprofissional desempenha importante papel na atenção materna e neonatal, na busca contínua do fortalecimento do trabalho em equipe, para melhorar a qualidade e segurança da atenção voltadas à população materna e infantil (BRASIL, 2014a). A inserção da enfermeira obstétrica no cenário de prática é aspecto relevante no que diz respeito à uma assistência pautada na humanização, baseada em evidências, com respeito ao atendimento ao binômio.

Portanto, a equipe deverá ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, para atender às normatizações e legislações vigentes, bem como, ser coerente com a proposta assistencial e complexidade do serviço (BRASIL, 2014a).

Sendo assim, quantitativo de funcionários da maternidade contempla o que preconizou o Ministério da Saúde, com a promulgação no Diário Oficial, da Portaria 2.068, em outubro de 2016 (BRASIL, 2016a).

Conquanto, ainda são percebidos ruídos nas escalas de trabalho, que talvez possam ser decorrentes da modalidade de Alojamento Conjunto na instituição, denominada de 'Alojamento Conjunto Clínico'. Esta foi instituída na estrutura organizacional deste serviço para o acolhimento assistencial e terapêutico de mulheres, gestantes e neonatos que necessitassem de atenção 'mais complexa', que poderia ser entendida como uma atenção de médio risco. Houve iniciativas para adequação do quantitativo, ainda não suficientes, e há ideia de que os ruídos poderão ser minimizados com a contratação de, por exemplo, enfermeiros 'folguistas', para apoio aos plantões nos finais de semana.

Em contrapartida, mediante leitura analítica da Portaria 2068/2016, destaca-se com sublinhado feito pela autora, que:

Art. 4o O Alojamento Conjunto destina-se a:

I - mulheres clinicamente estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao seu bebê;

II - recém-nascidos clinicamente estáveis, com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico; peso maior ou igual a 1800 gramas e idade gestacional maior ou igual a 34 semanas;

III - recém-nascidos com acometimentos sem gravidade, como por exemplo: icterícia, necessitando de fototerapia, malformações menores, investigação de infecções congênitas sem acometimento clínico, com ou sem microcefalia; e

IV - recém-nascidos em complementação de antibioticoterapia para tratamento de sífilis ou sepse neonatal após estabilização clínica na UTI ou UCI neonatal.

§ 1o Cabe ao serviço de saúde realizar a gestão eficiente de leitos de forma que mulheres em outras situações ginecológicas e obstétricas, especialmente em situação de perda gestacional, não permaneçam no mesmo quarto ou enfermaria com puérperas e recém-nascidos.

§ 2o Incumbe ao serviço de saúde evitar que puérperas que não podem amamentar por doença de base ou uso de medicamentos, permaneçam junto com mulheres que amamentam.

Nesta perspectiva, desvela-se com as recomendações da Portaria 2.068/2016 que o dimensionamento de um Alojamento Conjunto está previsto para atenção de mulheres e RN clinicamente estáveis. Mais especificamente voltado para atenção neonatal. Muito embora um RN com peso maior ou igual a 1800g e idade gestacional maior ou igual a 34 semanas ‘possam’ estar em um Alojamento Conjunto, eles **obrigatoriamente deverão estar:**

- **com boa vitalidade e controle térmico** (isto é ativo, reativo, presença de reflexos primitivos, sinais vitais estáveis – temperatura, frequência respiratória e cardíaca, e saturação de oxigênio). Assim há necessidade de monitoramento sistemático pela equipe de saúde, ação não verificada como sistematizada na Instituição em análise.
- **com capacidade de sucção** (possuir coordenação entre a sucção, deglutição e respiração; sua mãe deve estar presente). Assim, há necessidade de monitoramento sistemático pela equipe de saúde, ação verificada mais rotineiramente, porém ainda não implementada na instituição em análise.
- **RN em antibioticoterapia**, estes deverão ter sido estabilizados clinicamente em UCIN ou UTIN, antes de estarem em Alojamento Conjunto. Portanto nesta diretriz é previsto que o serviço tenha estrutura de, no mínimo, médio risco. Esta situação não é verificada na maternidade em estudo.
- **RN acometido por situações relativamente esperadas no neonato** (icterícia, malformações menores, em investigação de infecções congênitas, sem acometimento clínico, com ou sem microcefalia – isto devido à incidência, na época da promulgação da Portaria, da problemática causada pelo Zika Vírus), **entretanto, que não tenham gravidade.**

Tem-se por sistematizada a ação de cuidado planejada, estruturada, coordenada, organizada e regularmente executada. E ainda, metodizada, isto é, que integre um círculo ininterrupto de atenção, o qual foi previsto no Processo de

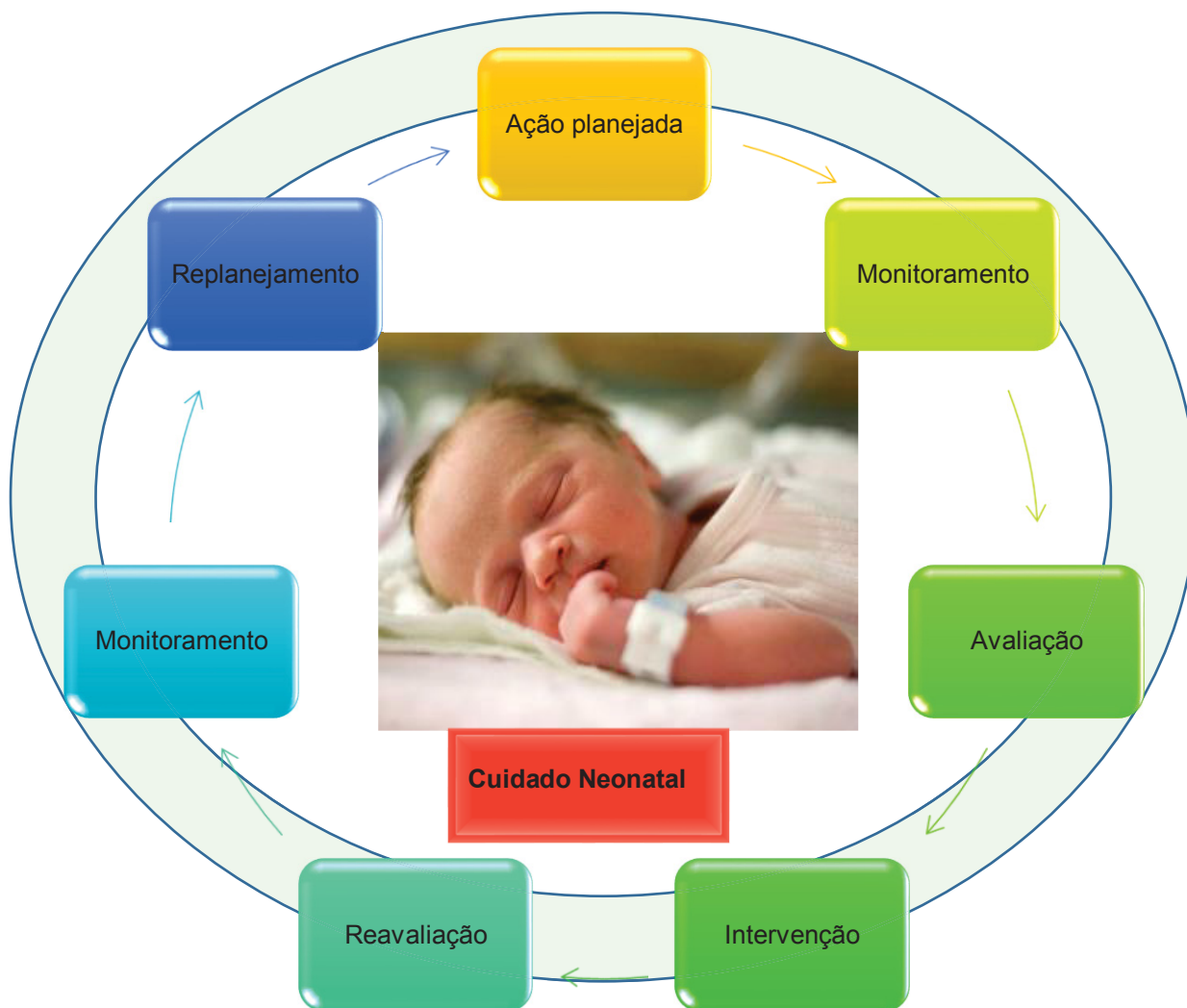
Enfermagem, já em 1979, pela Dra Wanda de Aguiar Horta, sua precursora nacional. Este tem estado ao longo destes 39 anos, em implementação e consolidação, com esforços permanentemente envidados pelos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem (COFEN, 2009).

Com esta visão é que se apresenta o Ciclo de Processo de Cuidado Neonatal aplicável à equipe de enfermagem de uma maternidade de risco habitual que prevê a ação planejada – monitoramento – avaliação – intervenção – reavaliação – monitoramento – replanejamento. Neste, não há uma ordem linear e sim circular, e o profissional de enfermagem o deflagrará em qualquer uma das etapas, frente à situação de saúde do neonatal, conforme ilustrado na Figura 10.

Sob esta ótica é que se sugere, que na vigência de uma estrutura de ‘Alojamento Clínico’ em uma maternidade de risco habitual, que a mesma seja melhor discutida quanto seus critérios de inclusão de pacientes, e que seja sistematicamente analisado o estado de saúde do neonato frente aos critérios. E ainda, para continuidade desta discussão na esfera da gestão, se aponte a necessidade de avaliação da factibilidade de estruturação de uma unidade de médio risco.

Outra instância de discussão, a ser ampliada às esferas de gestão, é relativa a categorização do risco neonatal. Sugere-se para tanto que seja a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, especificamente, os servidores envolvidos com a Rede Mãe Paranaense. Isto devido que na Linha Guia da Rede, os critérios para a classificação do risco habitual, intermediário e alto risco não se coadunam. Esta afirmativa pode ser justificada com base em alguns critérios da estratificação de risco para as crianças, a saber: **risco habitual** – considerada toda a criança que não apresentar condições ou patologias que evidenciam algum risco; **risco intermediário** – são relacionados critérios de condições maternas e não do RN especificamente; **alto risco** – inclui crianças com asfixia grave, APGAR menor do que 7 no 5º min, baixo peso ao nascer (menor que 2000g), intercorrências repetidas com repercussão clínica, desnutrição grave, malformações congênitas, crescimento e/ou desenvolvimento inadequados, e presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV), Triagem Neonatal positiva (PARANÁ, 2018).

FIGURA 10 - CICLO DE PROCESSO DE CUIDADO NEONATAL APLICÁVEL À EQUIPE DE ENFERMAGEM EM ALOJAMENTO CONJUNTO, MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2018



Fonte: A Autora (2018).

Uma variável preconizada pelas normativas vigentes, está relacionada à especialização dos profissionais, principalmente daqueles que estão à frente de diretorias e gerências. Uma pesquisa nacional enfatizou que há baixa vigência nos serviços de obstetrícia e neonatologia, de coordenadores médicos e de enfermagem, que possuem especialização, ainda que seja nos hospitais de maior complexidade. A situação mais dramática foi observada nas maternidades públicas localizadas no Norte e Nordeste. Nas outras regiões, os coordenadores especialistas, eram quase duas vezes mais frequentes nos estabelecimentos públicos e mistos em comparação à rede privada (BITTENCOURT et al., 2014).

6.3 DIMENSÃO RECURSOS MATERIAIS

Nesta pesquisa, foi constatada que a Maternidade esta parcialmente equipada para cumprir com o estabelecido nos documentos preconizados. De todos os materiais verificados no Centro Obstétrico, 28% não foram encontrados, denotando, não conformidade.

Evidenciam-se que os materiais faltantes se aplicam ao cuidado intensivo e mais especificamente dos prematuros. Alguns destes materiais não comprometem a assistência, mas outros são indispensáveis para um cuidado seguro, principalmente em casos de emergência, como: o relógio de ponteiro de parede, o saco de polietileno para manutenção da temperatura, com prevenção da hipoglicemia em neonato de baixo peso.

O *blender* para mistura de ar comprimido e oxigênio, monitor cardíaco, detector colorimétrico de CO² expirado e, a incubadora de transporte são materiais e equipamentos que não foram encontrados no serviço. A aquisição destes, muito provavelmente, melhorará a qualidade do atendimento ao recém-nascido, sobretudo fará grande diferença na vida dos recém-nascidos prematuros. Assim, se pode concluir pela parcial adequação dos materiais e equipamentos.

A disponibilidade e qualidade dos recursos materiais é essencial para uma assistência adequada e de qualidade, diz o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a). O serviço de atenção materna e neonatal deve possuir equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento a demanda (BRASIL, 2008a).

O material necessário para uma eventual reanimação deve estar preparado, testado, disponível e, em local de fácil acesso para todos os nascimentos, no Centro Obstétrico. Estes são destinados à manutenção da temperatura, aspiração de vias aéreas, ventilação e administração de medicações (SBP, 2016), assim, são imprescindíveis ao cuidado neonatal seguro. A Portaria 371 de 2014, já versava sobre as condições necessárias para a reanimação do recém-nascido e que os materiais devem estar acessíveis e prontos para uso, no mesmo ambiente ou em local próximo (BRASIL, 2014b).

É fundamental que logo após o nascimento, a equipe esteja focada nos cuidados com o RN, evitando a dispersão para a busca de materiais (BRASIL, 2014a).

O serviço atende esta recomendação, com a utilização de um instrumento de checagem prévia dos materiais, que deve ser aplicado diariamente, em todos os períodos de trabalho.

Estudo realizado por Gaíva et al. (2010), em Cuiabá, Mato Grosso, relativo aos materiais necessários para assistência hospitalar ao nascimento havia disponibilidade *relativamente adequada* dos materiais exigidos pelas normatizações do Ministério da Saúde e, recomendações dos órgãos e das sociedades profissionais, principalmente nos hospitais públicos. Corroborando com os estudos, a pesquisa realizada por Manzine, Borges, Parada (2009), para avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do estado de São Paulo, apresentou como satisfatória a disponibilidade de materiais em sala de parto.

Já o estudo em um cenário mineiro, realizado por Coelho (2014), evidenciou fragilidades nos recursos humanos, físicos e materiais durante o processo de parturição. O mesmo também utilizou as recomendações e normatizações do Ministério da Saúde, para o funcionamento adequado dos serviços de atenção ao parto e nascimento.

A pesquisa Nascer no Brasil apontou que existe grande proporção de estabelecimentos mal equipados e, também sem profissionais especializados. Seus resultados apontam ainda que a disponibilidade de hospitais de maior complexidade é mais injusta, quando comparada com os de menor complexidade. De todas as regiões, a Norte, Nordeste e Centro-oeste, apresentaram os maiores problemas, sobretudo entre os estabelecimentos públicos e mistos. Já nas regiões Sul e Sudeste, os hospitais estavam melhor estruturados. Como resultado, foi enfatizado que uma parcela importante de mães e recém-nascidos foram expostos a riscos desnecessários e evitáveis (BITTENCOURT et al., 2014).

6.4 DIMENSÃO AMBIÊNCIA

Evidências apontam que, isoladamente, a oferta de profissionais, de materiais e de ambientes adequados para o cuidado seguro à mulher e ao recém-nascido, não determinará a qualidade da atenção (COELHO, 2014). A avaliação da estrutura hospitalar se relaciona com a segurança da assistência ao parto, à puérpera e ao neonato, com impacto na redução da probabilidade de resultados desfavoráveis, mas

somente ela não garante a qualidade dos processos de trabalho (MANZINE, BORGES, PARADA, 2009). Nesta perspectiva, se deu a opção por um estudo avaliativo que contemplasse a estrutura e o processo das práticas assistenciais.

No tocante ao Centro Obstétrico, se verificou o preconizado para sua ambiência como a estrutura das salas e, se constatou que as mesas estão de acordo com o preconizado, entretanto, não há um espaço próprio para o desenvolvimento da recuperação pós-anestésica (REPAI), as recuperações acontecem na sala cirúrgica, mediante monitoramento sustentado por registros.

Na avaliação estrutural do ambiente do Alojamento Conjunto foram verificadas não conformidades, como não possuir em cada quarto: uma pia exclusiva para lavagem das mãos, área para cuidado e higienização do recém-nascido; bem como, sala exclusiva para a coleta de material para os exames do neonato. Ademais, todos os requisitos preconizados nas normativas e documentos de sociedades científicas foram contemplados nas observações não participantes.

A pesquisa de Coelho (2014) não evidenciou infraestrutura adequada para a presença do acompanhante, e de materiais disponíveis para a realização de atividades para alívio da dor, como bola para relaxamento, banquinho, entre outros (COELHO, 2014). Estes recursos para o atendimento humanizado ao trabalho de parto e nascimento estão presentes na Maternidade em estudo.

É reiterado, nos resultados da pesquisa Nascer no Brasil que a disponibilidade de equipamentos e insumos não garante que o atendimento às necessidades de saúde das mulheres e seu recém-nascidos. Para além destes recursos, envolve diversas dimensões a serem alcançadas para a garantia do cuidado seguro e de qualidade (BITTENCOURT et al., 2014).

Reitera-se que os aspectos estruturais impactam nos índices de morbimortalidade neonatal, há necessidade de investimentos em recursos físicos e estrutural, por parte dos gestores, e de sensibilização dos profissionais acerca da humanização do nascimento (GAÍVA et al., 2010).

6.5 DIMENSÃO PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Este subcapítulo, como já apresentado no método de pesquisa, foi desenvolvido mediante processo de Auditoria junto a equipe multiprofissional que atua diretamente nos cuidados aos recém-nascidos.

Com o intuito de favorecer o desenvolvimento desta discussão, foi elaborada Síntese do Apêndice 2, que está apresentada no Quadro 13, página 105 que aborda o cenário do Centro Obstétrico e, a Síntese do Apêndice 3, apresentada no Quadro 14, página 107, que aborda o cenário do Alojamento Conjunto.

É à partir desses dois Quadros que este sub-capítulo da Discussão é desenvolvido, considerando que é uma aproximação da percepção dos profissionais de saúde auditados, ou seja, na perspectiva do trabalhador da maternidade.

6.5.1 Centro Obstétrico

Em uma revisão integrativa sobre práticas de humanização com parturientes realizada por Silva (2018), concluiu-se que os atores implicados com a **humanização da assistência**, sejam o profissional de saúde, a parturiente, os familiares, pois estes valorizavam a capacidade de oferta do cuidado humanizado, mediante promoção da integralidade da atenção ao parto.

Muito embora as medidas de conforto sejam realizadas, via de regra, pela equipe de enfermagem, a preocupação em mantê-lo deve ser de toda a equipe envolvida com o nascimento.

Estudo aponta que houve modificação na assistência prestada ao longo dos anos para a garantia dos direitos ao binômio a um atendimento seguro e de qualidade, mas concluiu que os profissionais e instituições ainda resistem a implementações de práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde (OLIVEIRA et al., 2018).

Quanto a garantia da **temperatura na sala de parto** na avaliação do processo mediante a percepção dos profissionais respondentes, aponta para necessidade de medidas educativas permanentes. Tendo em vista que está é imprescindível para favorecer a manutenção e regulação térmica do recém-nascido ao nascimento há que se ter processo de trabalho qualificado para esta atenção.

Neste sentido, os profissionais demonstraram ser atuantes quanto ao *contato pele a pele* após o parto normal, visto ser esta uma rotina estabelecida na Maternidade. Constatação que destaca um grande avanço na humanização da atenção ao recém-nascido, devido a importância do contato pele a pele imediato e contínuo para a formação de vínculo, manutenção e regulação térmica, estímulo à sucção, entre outros (BRASIL, 2014b; SBP, 2016).

Já no contato pele a pele pós-cesariana foi manifestada maior dificuldade de manejo. Durante o procedimento cirúrgico, é necessário que toda equipe esteja articulada para oferecer o melhor cuidado ao RN e sua mãe, entretanto, na auditoria realizada observou-se uma lacuna relativa à categoria profissional médico anestesista, para o qual as sinalizações das assertivas apontavam para a variável *não se aplica*. Esta ocorrência provoca estranheza, tendo em vista que este profissional compõe a equipe multiprofissional, está presente em todos os procedimentos cirúrgicos e, portanto, tem papel fundamental junto a promoção e auxílio para a concretização do contato pele a pele nos nascimentos cirúrgicos.

Ainda nesta perspectiva, a equipe de enfermagem também sinalizou suas dificuldades na execução do procedimento, apontando a não adesão e auxílio, dos profissionais médicos pediatras e anestesistas. Portanto, esforços gerenciais e do Serviço de Segurança e Qualidade do serviço, devem ser envidados para a o progresso desta ação de humanização, e também, na perspectiva de monitoramento regular dos indicadores relativos ao contato pele a pele pós-cesarianas, dado que não é atualmente realizado no cenário em estudo.

A Conitec recomenda o que contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido deve ser realizado e facilitado após as cesarianas (BRASIL, 2016c). É enfatizado que os estudos avaliaram o contato pele a pele e as repercussões maternas e neonatais, demonstraram benefícios do contato pele a pele precoce e, os fatores associados a maternagem são evidentes nas mulheres submetidas a cesariana (BRASIL, 2016c).

Um estudo, realizado com dados da pesquisa Nascer no Brasil, comparou desfechos neonatais relacionando hospitais públicos e privados. Foram frequentes em hospitais públicos com a certificação de Iniciativa Hospital Amigo da Criança os relacionados às boas práticas de cuidado neonatal, como: o contato pele a pele, aleitamento materno na primeira hora de vida, alojamento conjunto, e alta em aleitamento materno exclusivo (TORRES et al., 2014).

A Pesquisa Nascer no Brasil apontou em seus resultados que o contato pele a pele foi mais frequente na Região Sul (32,5%), assim como, a oferta de seio materno na sala de parto (22,4%), segundo Moreira et al. (2014).

Albuquerque (2016) evidenciou que os recém-nascidos que ficaram em contato pele a pele com suas mães, mantiveram a temperatura corporal quando comparados

àqueles que foram colocados no berço sob fonte de calor radiante, destes últimos, 61,9% desenvolveram hipotermia leve comparados a 38,9% dos que foram para o contato pele a pele.

A situação merecedora de maior atenção, consonante aos resultados desta pesquisa, é a não *monitorização da temperatura corporal durante o contato pele a pele*. Esta atividade deve ser incentivada visto que a manutenção da temperatura corporal é imprescindível para o equilíbrio e adaptação do RN à vida extra-uterina.

Ao nascimento, o bebê deixa o meio intrauterino com a temperatura adequada para o seu bem-estar, em torno de 37,5°C, e inicia sua vida no ambiente extrauterino, mais frio e seco, propício para a perda de calor por evaporação e convecção. Para prevenir a perda da temperatura a equipe de saúde deverá estar atenta ao recepcionar o RN para as ações para o ótimo manejo da temperatura. Estas podem ser relacionadas a prevenção da perda do calor, mediante o uso do campo estéril aquecido, cabeça seca e coberta com campo e/ou toca, não exposição corporal ao ambiente sem proteção e, para a mensuração da temperatura, ao nascer, no contato pele a pele, ao ser encaminhado para o Alojamento Conjunto, e periodicamente ir espaçando o intervalo de medida (ALBUQUERQUE et al., 2016). Há também que se verificar a temperatura corporal da mãe e proceder aos registros de todas as aferições maternas e neonatais.

A hipotermia agrava ou favorece o desequilíbrio ácido-básico, o desconforto respiratório, a enterocolite necrosante e, a hemorragia intra ou periventricular em RN de muito baixo peso (BRASIL, 2012). Além de ser um forte preditor de morbidade e mortalidade em todas as idades gestacionais, sendo assim um indicador da qualidade do atendimento (SBP, 2016).

Ao serem arguidos sobre manutenção das vias aéreas pérvias e, sobre a atenção ao **controle de luminosidade, temperatura e ruídos do ambiente** os profissionais apontaram que *realizam parcialmente* os procedimentos necessários, enquanto o RN está no contato pele a pele. Todos os membros da equipe de enfermagem sinalizaram atenção para os controles: da luz, temperatura e ruídos ambientais.

Relacionado ao **clampeamento do cordão**, as respostas das categorias profissionais foram coerentes ao fazê-lo diante da vitalidade do RN ao nascer, tardio se boa vitalidade ou, imediato na vigência de comprometimento. De acordo com os

indicadores institucionais do ano de 2017, o tardio (realizado entre 1 e 3 minutos), apresentou uma taxa de 82,7% e, até o momento do presente ano de 2018 elevou-se para 85,3%.

Conforme as Diretrizes de Reanimação Neonatal, se o RN começou a respirar ou chorar e, se o tônus muscular estiver em flexão, é indicado o clampeamento tardio do cordão, independentemente do aspecto do líquido amniótico. O documento relata que este procedimento tardio tem uma definição variável na literatura, com um mínimo de 60 segundos até alguns minutos após a cessação da pulsação do cordão umbilical (SBP, 2016).

Dentre os efeitos negativos e imediatos do clampeamento precoce do cordão, tem-se o insuficiente volume sanguíneo circulante, situação mais evidente em RN pre-terms e/ou de baixo peso. Que expõem o RN à maior suscetibilidade de hipotensão, que por sua vez, é um fator de risco para hemorragia intraventricular.

Em contra partida, os benefícios do clampeamento tardio, a longo prazo são relativos a elevação do volume sanguíneo e taxas de reserva de ferro. Esta situação, atua profundamente na prevenção da carência de ferro e anemia, sobretudo na primeira infância. Para países em desenvolvimento esta prática é de extrema positividade, visto que suas taxas de anemia superam 50% dos lactentes ao final do primeiro ano de vida (BRASIL, 2011b; VEIN, 2015).

Um ensaio-clínico randomizado, conduzido em uma Maternidade e Hospital de Mulheres do Nepal, na capital Kathmandu (1.400 metros de altitude), um centro terciário com 22.000 nascimentos ao ano, explorou os efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical (tempo maior ou igual a 3 minutos após o nascimento) comparando-o ao fechamento precoce (tempo menor ou igual a 60 segundos após o nascimento) sobre a hemoglobina e nível de ferritina, aos 8 e 12 meses de vida, em crianças com alto risco de anemia ferropriva. Como resultado com o fechamento tardio houve redução da anemia nos lactentes de 8 e 12 meses, que possuíam alto risco para a morbidade. Portanto, comprova que os desfechos dos efeitos do clampeamento tardio impactam na saúde e desenvolvimento infantil. Sugerem o desenvolvimento de novas pesquisas que sondem os marcos do desenvolvimento neurológico em escolares e pré-escolares (ASHISH et al., 2017).

Corroborando, Bolstridge et al. (2016) realizaram uma pesquisa em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do *Christiana Care Health System*, hospital de ensino

terciário, localizado em Dewark, no estado americano do Delaware, no qual ocorrem 6.500 nascimentos, são disponibilizados 53 leitos de UTIN nível 3, e admitidos 1100 RN ao ano. Os autores apresentam a informação de que foi recomendado, em dezembro de 2012, pela Associação Americana de Pediatria (APP) em parceria com a *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), um adicional de 30 a 60 segundos para clampear o cordão de RN prematuros. Neste hospital a prática do *delayed cord clamping* (DCC), iniciou-se em 01 de julho de 2013. Para a pesquisa foram organizadas duas coortes de recém-nascidos prematuros (menos de 37 semanas) de muito baixo peso ao nascer (RNMBP). A Coorte 1, foi composta por nascidos antes da prática do DCC, e a Coorte 2, com nascidos após o DCC, ambas com acompanhamento durante 12 meses. Houve vários desfechos clínicos favoráveis aos RNMBP, após a implementação do DCC neste Hospital, o mais significativo foi redução da incidência, de RNMBP que necessitaram de transfusão de hemácias, de 53,7 para 35,9% ($p=0,003$); a redução da necessidade de intubação de 57,4 para 38,7% ($p=0,002$) e de reanimação cardíaca de 16,6 para 6,3% ($p=0,004$).

A Conitec reitera não há contraindicação para o clampeamento tardio do cordão e, que uma de suas vantagens é facilitar o contato pele a pele imediato entre mãe e bebê e, de acordo com as evidências relativas aos benefícios deste procedimento para o recém-nascido, *recomenda que seja realizado entre um e cinco minutos*, considerando que a maioria dos estudos não avaliaram os efeitos do clampeamento após 3 minutos (BRASIL, 2016b). É necessário o monitoramento deste indicador nas cesarianas também, para fortalecimento do cálculo de indicadores relativos a este procedimento.

Com relação ao **estímulo do aleitamento materno na primeira hora de vida**, os resultados foram positivos e atendem ao preconizado nas normativas, visto que a maternidade é credenciada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). O 4º passo, dos 10 preconizados na IHAC, disserta sobre ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora de vida, o qual é reiterado pela Portaria nº 371 de 2014 (BRASIL 2014e; BRASIL, 2014b).

Nas primeiras horas de vida o recém-nascido está em estado de alerta, devido elevação dos níveis de catecolaminas, fato que proporciona benefícios para o início do aleitamento materno e a formação de vínculo entre mãe e filho, (Moura et al., 2014).

O contato pele a pele com início precoce da amamentação na primeira hora favorecem a relação mãe e filho e o tempo de amamentação da criança (BRASIL, 2016b). A amamentação na primeira hora de vida pós-parto assegura que o RN receba o colostro, que é rico em fatores protetores (SBP, 2016).

Estudo multicêntrico realizado no Brasil evidenciou que a oferta do seio materno na sala de parto ainda é baixa em todas as regiões brasileiras, apenas em 16,1% dos nascimentos. A menor taxa foi identificada na Região Nordeste (11,5%) e, significativamente maior nos hospitais com o título da IHAC (24%). Nesta pesquisa, os recém-nascidos nascidos de parto vaginal apresentaram maior chance de serem amamentados na sala de parto, assim como os recém-nascidos cujas mães tinham acompanhante na sala de parto, e ainda, aqueles que nasceram em hospitais com título Amigo da Criança (MOREIRA et al., 2014).

Na avaliação do conhecimento e prática da equipe multiprofissional com relação à amamentação na primeira hora de vida, Antunes et al. (2017) observaram déficits no conhecimento entre os profissionais que prestam assistência ao binômio. Concluíram no cenário estudado caracterizado por alta demanda de partos, prevalência de cesarianas e, número insuficiente de profissionais que existiam divergências de opinião e condutas entre os profissionais e, a assistência pautada era no cumprimento de tarefas. Entretanto, os mesmos os profissionais que participaram da pesquisa sugeriram atenção pré-natal mais eficiente, quanto ao preparo da mulher para a amamentação, e a reorganização das rotinas hospitalares voltadas à prática da amamentação na primeira hora de vida (ANTUNES et al., 2017).

Com relação à auditoria aos profissionais da equipe de saúde da maternidade, sobre **a capacitação recebida em aleitamento materno** os resultados apontaram para o atendimento parcial do quesito. Esta situação não condiz com o desejado e, aponta a lacuna no que diz respeito ao Passo 2 para Cumprimento dos Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, a saber: *capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar a Política de Aleitamento Materno* (BRASIL, 2014e). Ainda que a Maternidade, por intermédio de sua Comissão de Aleitamento Materno (CIAM) esteja cumprindo com o desenvolvimento do Curso de Aleitamento Materno, com 20 horas, duas vezes ao ano, sobretudo para os novos funcionários, é observada baixa adesão da equipe médica.

Já, quando indagados sobre a **atuação integrada com a equipe multiprofissional na promoção do aleitamento materno**, os resultados se mostraram positivos e atenderam ao preconizado. Corroborando com o recomendado por Almeida, Luz e Ued (2015): as ações de incentivo, promoção e apoio ao aleitamento materno devem ser desenvolvidas integradas multiprofissionalmente e, ao conjunto das ações que abranjam o pré-natal, o pré-parto, o nascimento, o momento do Teste do Pezinho e das imunizações.

Os mesmos autores, apontaram, à partir de uma revisão integrativa que há falta de preparo dos profissionais de saúde para o manejo da amamentação, sobretudo do médico. E sinalizaram, em 2015, que havia insuficiência de estudos sobre o aleitamento será o diferencial para o sucesso do apoio à amamentação. Recomendam ainda o fortalecimento e incentivo aos gestores (municipais, estaduais e federais) para a formação de equipes multiprofissionais comprometidas com o aleitamento (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

Para o incentivo e apoio ao aleitamento materno é necessário que sejam postergados os **procedimentos de rotina**, pois comumente ocorrem logo após o nascimento. Exceção poder-se-á ser feita quando os procedimentos forem solicitados pela mulher, ou realmente necessários para cuidados os imediatos do recém-nascido (BRASIL, 2016b). A Portaria 371, de 2014, apresenta como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia oftalmológica, e vacinação, dentre outros procedimentos (BRASIL, 2014b).

A maternidade avaliada atende estes critérios e, realiza alguns procedimentos após uma hora do contato pele a pele, como o exame físico do pediatra, pesagem e profilaxia da oftalmia neonatal. A equipe de enfermagem sobretudo tem respeitado esta conduta, entretanto, os obstetras e anestesistas, apontaram na auditoria que este quesito não está relacionado à sua categoria médica. Após a alta para o alojamento conjunto, com média de quatro horas de vida, o RN é encaminhado ao banho e, neste momento são realizadas as demais medidas antropométricas, a vacina contra Hepatite B, a administração de vitamina K (fitomenadiona). Entende-se que este panorama de cuidados postergados, foi construído ao longo dos anos de maneira integrada com a equipe de saúde da maternidade, para o cuidado humanizado. Outrossim, com esta pesquisa é percebida a necessidade de aprofundamento e

alinhamento algumas destas ações e condutas, entre as categorias profissionais específicas.

Sabe-se que o **Boletim de Apgar** não deve ser utilizado para determinar o início da reanimação, sua medida permite sim, avaliar a resposta do RN às manobras realizadas e, a eficácia das mesmas. Se o escore for inferior a sete no quinto minuto, é recomendada a sua (re)aplicação a cada cinco minutos, até o 20º minuto de vida. O acompanhamento dos escores de Apgar se pode verificar o impacto das intervenções e da qualidade do serviço. E, portanto como resultado poder-se-á implementar programas educacionais para avanço no cuidado perinatal (BRASIL, 2012; SBP, 2016). Na maternidade, a verificação do Apgar no primeiro e quinto minutos de vida, foi sinalizada como atividade quase exclusivamente realizada por pediatras, o que atende às normativas vigentes.

As decisões quanto à estabilização/reanimação neonatal dependem da avaliação simultânea da respiração e frequência cardíaca, e de maneira continuada, se deverá observar a atividade, o tônus muscular e a respiração/choro (SBP, 2016).

Relacionado à **aspiração de vias aéreas**, os resultados atendem ao preconizado nas normativas. Este indicador analisado na Instituição em estudo, demonstrou elevação na taxa de recém-nascidos aspirados de 15,5% em 2017, para 16,8% em 2018, expressando a necessidade de acompanhamento e avaliação frequentes.

A Conitec (2016b) reforça que através da análise dos estudos realizados, não existe a necessidade de realizar aspiração nasofaringeana em recém-nascidos saudáveis, da mesma maneira que não se recomenda a passagem sistemática de sonda nasogástrica e retal para descartar atresias no recém-nascido saudável.

A aspiração da hipofaringe de rotina deve ser evitada, principalmente por causar atelectasia, trauma e prejudicar o estabelecimento da respiração efetiva. Este procedimento induz à resposta vagal e ao espasmo laríngeo, o que pode evoluir com apneia e bradicardia (BRASIL, 2012).

A Pesquisa Nascer no Brasil encontrou elevadas proporções de recém-nascidos aspirados, mas ainda assim de acordo com a região, variando de 62,5% no Nordeste, a 76,8 no Sudeste. As proporções das intervenções foram mais frequentes em hospitais sem o título Hospital Amigo da Criança, em partos realizados em hospitais particulares e em cesarianas (MOREIRA et al., 2014).

No que tange a **capacitação em reanimação neonatal**, somente os pediatras e anestesistas responderam ser capacitados. Os técnicos em enfermagem, em sua grande maioria, não entendem a capacitação em reanimação neonatal como necessário à sua categoria. Evidência que necessita de atenção por parte dos gestores. Todos os profissionais que assistem ao RN no Centro Obstétrico devem ser capacitados, devem compreender e assumir o seu papel na equipe multiprofissional.

A Portaria 371/2014 e as Diretrizes de Reanimação Neonatal apontam para a necessidade de se ter uma equipe de profissionais da saúde preparada e treinada para o atendimento de reanimação neonatal em serviços que atendam aos nascimentos, a equipe deverá realizar a anamnese materna e, deixar todo o material preparado para uso imediato se necessário, na sala de parto (BRASIL, 2014b; SBP, 2016).

6.5.2 Alojamento Conjunto

Os profissionais que realizam o atendimento ao recém-nascido no Alojamento Conjunto manifestaram realizar um atendimento relevante de humanização, e todos responderam estarem capacitados em aleitamento materno e, atuarem integrados em equipe multiprofissional para o apoio e promoção da amamentação. Os mesmos, protegem o **aleitamento materno sob livre demanda** apoiando a puérpera individualmente nas dificuldades, informando a importância da não oferta de nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno.

Entretanto, ao serem destacadas as situações especiais que cercam o aleitamento materno, notou-se que a orientação sobre amamentação cruzada, sobre a oferta de bicos artificiais e, o uso de protetores de mamilos, ainda são realizadas parcialmente.

Estudo realizado por Costa et al., (2018) aponta a relevância das enfermeiras no ensino prático da amamentação para a nutriz e, do apoio que lhe é necessário. Enfatizam que o pleno sucesso da amamentação só será alcançado com o envolvimento e participação de todas as categorias profissionais nos diversos cenários de ocorrência deste cuidado e, não exclusivamente no Alojamento Conjunto.

Há necessidade de que os profissionais sejam capacitados para a oferta deste cuidado, para saber ouvir e atender às necessidades das nutrizas. Em pesquisa

realizada em um Alojamento Conjunto a maioria das participantes apontaram ter recebido orientações quanto ao: autocuidado, cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno. O sistema hospitalar estudado promovia condições para o treinamento materno com demonstrações práticas. (MERCADO et al., 2017).

Com respeito ao estímulo do **contato pele a pele no alojamento conjunto**, principalmente com recém-nascidos abaixo de 2550g, foi verificada a necessidade de qualificar a prática. Este quesito não é atendido conforme o preconizado, no contexto do processo de trabalho no alojamento conjunto da maternidade em avaliação.

Sob esta ótica, se enfatiza ser o Método Canguru a assistência neonatal que estimula o contato precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, para estimular maior participação dos pais no cuidado ao seu bebê. O Método é desenvolvido em três etapas abrangendo a UTIN/UCIN, posteriormente a Unidade Canguru e, por fim, o acompanhamento ambulatorial. Tem como vantagens o aumento do vínculo, menor tempo de separação do binômio, estímulo ao aleitamento materno, melhor controle térmico, redução da infecção hospitalar e menor permanência na instituição (BRASIL, 2002a; STELMAK; FREIRE, 2017).

Sendo a maternidade estudada para o atendimento de risco habitual talvez seja limitada a implementação do Método Canguru, pois não possui Unidades Neonatais e Ambulatório. Neste sentido, como sugestão que observa a Qualidade assistencial, foi proposta a adoção de algumas medidas voltadas ao cuidado do recém-nascido de baixo peso no Alojamento Conjunto, e assim, se procurou evitar os desgastes com transferências aceleradas destes bebês. Ainda assim, são necessários esforços para capacitar toda a equipe e oferecer uma assistência mais segura e de qualidade.

Sobre as **orientações a serem realizadas durante o banho** do RN, os profissionais da enfermagem se mostraram atuantes na educação em saúde e na assistência. O primeiro banho na Maternidade é realizado depois de 4 horas de vida e no balde, com o intuito de relaxamento. É realizado pela técnica de enfermagem, a qual faz todas as orientações sobre as higiênes do recém-nascido e, administra a Vitamina K e, primeira dose da hepatite B.

Foram identificadas poucas pesquisas que abordem o banho de ofurô. Mas, um relato de experiência da utilização do relaxamento através do banho de ofurô, desenvolvida no Rio de Janeiro, aponta que após poucos minutos de imersão, os

recém-nascidos se apresentaram mais tranquilos, cessaram o choro e dormiram no decorrer da imersão. E ainda, apresentaram melhor na sucção e manutenção da pega após o banho, justificados pelo estado de relaxamento dos bebês (PERINI, 2014).

Em relação à **avaliação do peso do RN**, de acordo com suas necessidades e individualidades, foi analisado que a equipe de enfermagem não se apropria desta função avaliativa. Esta conjuntura não atende as normativas vigentes e, preconizadas para a pesquisa, estes profissionais devem realizar diariamente a mensuração do peso, seu registro e, conseqüentemente, o seu monitoramento.

Sobre a **adoção de métodos não farmacológicos para a prevenção e minimização da dor no recém-nascido** durante procedimentos dolorosos, esta diretriz é atendida na Maternidade em questão.

Avanços significativos são observados na última década para a avaliação e tratamento da dor neonatal, com o desenvolvimento de estudos que evidenciaram a eficácia das medidas não farmacológicas para alívio da dor. Mas, ainda permanece u fragil o desenvolvimento e implantação de protocolos clínicos baseados em evidências para o manejo adequado da dor neonatal. (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012; DEINDL et al., 2013). Uma pesquisa aplicada desenvolvida para o desenvolvimento de Protocolo para o Manejo do Estresse e da Dor em Neonatos, utilizou-se da pesquisa-ação e conquistou a integração multiprofissional para a concretização da proposta aplicada em hospital infantil, de município da região metropolitana de Curitiba, Paraná (FREIRE et al., 2018).

As intervenções não farmacológicas, para alívio da dor são seguras e efetivas para procedimentos invasivos ou não invasivos pouco dolorosos, ou mesmo, como método adjuvante nos casos de dor mais intensa. Dentre elas se podem citar: a sucção não nutritiva; o contato “pele a pele” mãe-bebê (Posição Canguru); a amamentação; a contenção facilitada; o enrolamento; e, o posicionamento. (BRASIL, 2011c). As soluções adocicadas, são bastante recomendadas para alívio da dor durante os procedimentos dolorosos, mas ainda, segundo alguns autores não há consenso sobre a dosagem e concentração da sacarose ou da glicose oral a ser administrada durante os procedimentos dolorosos (ALVES et al., 2011). Já para outros pesquisadores, mesmo não estando claro o mecanismo de ação das soluções adocicadas, é sabida a ocorrência de liberação de opióides endógenos que atuarão

reduzindo o tempo de choro, atenuando a mímica facial e dor e reduzindo as manifestações fisiológicas (ANSELONI et al., 2005).

Uma revisão integrativa sobre o emprego de soluções adocicadas para alívio da dor neonatal retificou a eficácia da sucção não-nutritiva na redução da dor nos bebês submetidos a procedimentos dolorosos. Mas, não houve diferença significativa na resposta a dor quando comparadas às soluções de sacarose e glicose. Recomendaram estudos quanto à concentração e volume destas soluções para uso, enfatizando a importância de verificar a necessidade da aplicação de outras medidas para alívio da dor (ALVES et al, 2011).

Já Harrison et al. (2012), preconizam administração de 1 ml solução adocicada com glicose a 25% ou 2 ml de sacarose 24% por via oral, no máximo dez doses ao dia, aplicados na porção anterior da língua, combinado com a sucção não nutritiva. Administrar 2 a 3 minutos antes dos pequenos procedimentos dolorosos (punção de calcâneo ou venosa).

Outra medida eficaz para redução da dor durante procedimentos dolorosos é o contato pele a pele, ou a posição Canguru. A recomendação é de que o contato “pele a pele” seja iniciado antes do procedimento, e mantido durante e após o procedimento doloroso. (BRASIL, 2011d).

A contenção suave dos membros junto ao tronco, chamada de contenção facilitadora, com o apoio das mãos paradas, sem pressão excessiva, contendo a cabeça, a nádega e os membros, também é apresentada como efetiva na promoção de estabilidade fisiológica e comportamental (CORDEIRO; COSTA, 2014). O enrolamento pode ser utilizado em muitos bebês, desde que eles estejam adequadamente monitorados e clinicamente estáveis (BRASIL, 2011d).

Relacionado às atividades de **educação em saúde**, se mostra necessária a articulação e intervenção dos gestores, pois no resultado desta pesquisa este quesito esteve parcialmente atendido. Corroborando, o estudo realizado por Coelho (2014) evidenciou como obstáculo para a implantação do cuidado humanizado, a defasagem de recursos e ações educativas/informativas para as gestantes/puérperas, além de orientações de cuidado com o recém-nascido. Estes também semelhantes aos registrados por Martinho (2011), procedentes de estudo em maternidade pública, o qual confirma que raramente as mulheres obtiveram informações sobre os tipos de

parto, como seria o momento do nascimento, tampouco cuidados com o recém-nascido.

Em estudo descritivo realizado no Maranhão, por Silva et al. (2017), uma das formas de minimizar a ocorrência de dificuldades durante o puerpério é potencializar as orientações no momento da alta hospitalar, pois as dúvidas mais frequentes se dão após a saída da Maternidade.

São consideradas ferramentas indispensáveis para os serviços de atenção materna e neonatal, o **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** e o **Plano de Alta**. Temática que deve ser amplamente utilizada pelas enfermeiras, com o objetivo de integrar o processo educacional e garantir a continuidade do cuidado após a alta, conforme apontado no estudo de Silva et al. (2017).

Destaca-se que a Maternidade precisa articular ações em prol da implantação efetiva do PTS, pois tem sido parcialmente realizado, concentrando as atividades ao pediatra - como avaliação do peso, comorbidades, exame físico, icterícia, presença de diurese e eliminação de mecônio-, os demais profissionais, principalmente técnicos de enfermagem, manifestaram-se não pertinentes à sua categoria profissional.

Relacionado ao Plano de Alta os profissionais da enfermagem tem maior participação nas atividades relacionadas ao aleitamento materno, como a pega e sucção em seio materno, nos cuidados especiais com os recém-nascido em uso de substitutos do leite humano e, com a checagem da realização de todos os testes de Triagem Neonatal.

A Maternidade inclui as ações de humanização durante a realização dos procedimentos de Triagem Neonatal, como a sucção não nutritiva durante o Teste da Orelhinha e Coraçãozinho. Já o Teste do Pezinho, realizado com os bebês sugando em seio materno, totalizou percentual de cerca de 82%, nos primeiros 7 meses de 2018. Estudo desenvolvido em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, avaliou o efeito da amamentação no alívio da dor dos recém-nascidos durante o teste de Triagem Neonatal. Comprovou a hipótese de que bebês amamentados em seio materno cinco minutos antes do procedimento com manutenção durante toda a coleta do Teste do Pezinho, apresentaram menos manifestações fisiológicas e comportamentais relacionadas à dor, além de se recuperaram em menor tempo, quando comparados aos recém-nascidos não amamentados (LEITE, 2015).

E quanto à **garantia de transferência do RN**, a auditoria evidenciou o não atendimento às normativas, grande parte dos profissionais desconhece a Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002, que regulamenta o transporte materno e neonatal, na qual os serviços especializados e de maior complexidade, deverão ser referência para municípios e serviços de menor porte e complexidade. Estes serviços devem se estruturar para receber os pacientes acometidos por agravos de urgência de caráter clínico traumato-cirúrgica, gineco-obstétrico, psiquiátrico, sejam estes adultos, crianças e recém-nascidos. Estas referências se dão através da regulação Central de Urgências (BRASIL, 2002b).

Os recém-nascidos e suas **mães recebem alta já com agendamento em Unidade de Saúde** ou, encaminhamento para a marcação da primeira consulta na Unidade de Saúde de referência. Esta articulação com a atenção primária é de extrema importância para uma assistência integral e de qualidade ao binômio. Em contribuição Coelho (2014), apontou para a referência e a contra referência como necessários para garantia do adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido, tendo como pressuposto que a integração em todos os níveis assistenciais permite a continuidade da atenção. Busanello e colaboradores (2011) afirmaram que a falta de um sistema de referência e contra-referência, representa um desafio para a implementação da proposta de humanização do nascimento.

7 DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO NEONATAL EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL

Para o traçado das diretrizes, aqui entendidas como preceitos, orientações, plano, ordens e rumos a serem seguidos, foram organizadas as situações que se aplicam para ajustes, de acordo com o arcabouço legal utilizado.

No sentido de propiciar o entendimento e a aplicabilidade das diretrizes, as mesmas foram organizadas em Blocos, contemplando as Diretrizes que serão aplicadas às: *Comissões e Comitês*; para a *Qualidade e Segurança do Paciente*; para o *Ensino e Pesquisa*; para a *Gestão Hospitalar*, esta última discriminando questões aplicáveis à estrutura organizacional, ferramentas de gestão, aos recursos humanos, materiais, ambiência e processo de trabalho.

Consideram-se que as diretrizes, aliadas ao que já se tem feito e conquistado em relação à qualidade da estrutura e das práticas profissionais na Maternidade Bairro Novo, têm potencial para impulsionar a progressão relativa às práticas seguras de cuidado do recém-nascido e suas mães. Outrossim, há a compreensão de que as soluções que envolvem a infra-estrutura física e humana, nem sempre serão de exclusiva prerrogativa dos gestores locais, para resoluções que sejam necessárias.

Sobretudo as propostas desenvolvidas deverão passar por planejamentos estratégicos após terem sido apresentadas formalmente a cada área de gestão e aos gestores da FEAES. Almeja-se que as ações implementadas sejam monitoradas por cada área de gestão e que avanços sejam conquistados no sentido da qualidade, humanização e segurança do cuidado materno e, em especial, neonatal.

7.1 DIRETRIZES PARA AS COMISSÃO DE MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL DA MATERNIDADE BAIRRO NOVO, CURITIBA, PARANÁ, 2018

- ◇ Alterar denominação para *Comitê Hospitalar de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal* e, atualizar a Portaria Institucional.
- ◇ Ampliar a participação multiprofissional para análise dos óbitos ocorridos.
- ◇ Manter cronograma de reuniões com frequência mensal ou bimestral, para a análise dos ocorridos, para discussões da qualidade do cuidado, para o estabelecimento de revisões frequentes nos Planos de Ação para prevenção dos óbitos, e estudo do feedback das categorias profissionais quanto aos Planos.
- ◇ Monitorar Taxa de Risco de Óbito fetal e neonatal na Maternidade.
- ◇ Manter com regularidade o monitoramento e avaliação das ações implementadas para a prevenção dos óbitos maternos, infantis e fetais.
- ◇ Emitir relatórios institucionais trimestrais das análises dos óbitos, agregando as recomendações e resultados da avaliação do Plano de Ação.
- ◇ Apresentar em relatório institucional indicador de causa de óbitos neonatais precoces e tardios.

7.2 DIRETRIZES PARA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE NEONATAL NA MATERNIDADE BAIRRO NOVO, CURITIBA, PARANÁ, 2018

Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente

- ◇ Reorganizar o Serviço da Qualidade com o desenvolvimento de um Plano de Ação com objetivos de: aprimorar os processos assistenciais; monitorar sistematicamente os riscos à segurança do paciente; e, implementar de iniciativas para a evolução da qualidade assistencial.
- ◇ Constituir Equipe de Gestão da Qualidade com representação de profissionais e gestores de todas as áreas para: apoio ao monitoramento contínuo dos riscos; conquista de padrão assistencial, gerencial e administrativo de qualidade; discussão permanente dos resultados dos indicadores traçados; divulgação do trabalho desenvolvido periodicamente.
- ◇ Encaminhar mensalmente os Planos de Ação para os incidentes e eventos adversos, após ampla discussão das circunstâncias com a Equipe de Gestão da Qualidade.
- ◇ Implementar e supervisionar a monitorização dos indicadores de humanização ainda não consolidados na maternidade: o contato pele a pele pós-cesariana; manutenção da temperatura corporal do RN, dentre outros de opção da Equipe de Gestão da Qualidade.
- ◇ Manter reuniões do Núcleo de Segurança do Paciente com frequência mensal ou bimestral, com ampliação da participação dos profissionais equipe de saúde da instituição, comprometidos com as ações de Segurança do Paciente Neonatal.

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

- ◇ Estruturar e revisar periodicamente o Formulário para as Buscas Fonadas realizadas às puérperas de partos cirúrgicos.
- ◇ Emitir e divulgar relatórios bimestrais com os resultados do serviço de Busca Fonada das puérperas de cesáreas.

7.3 DIRETRIZES PARA O ENSINO E PESQUISA

- ◇ Estruturar Serviço de Educação Permanente na Maternidade.
- ◇ Propor Plano de Ação comprometido com capacitações e treinamentos frequentes, voltados para as fragilidades das práticas assistenciais apontados por esta pesquisa.
- ◇ Emitir e divulgar trimestralmente, para todos os funcionários e gestores da instituição e da FEAES, relatórios com as atividades desenvolvidas.

7.4 DIRETRIZES PARA A GESTÃO HOSPITALAR

Relativas aos Aspectos Gerais

- ◇ Apoiar e propiciar a estruturação do Serviço de Educação Permanente, a integração de Profissionais e criação da Equipe de Gestão da Qualidade.
- ◇ Estruturar mediante pesquisa, descrição e elaboração os documentos específicos para a atenção neonatal, com ênfase nas boas práticas profissionais e evidências científicas.
- ◇ Elaborar fluxo de atendimento para as informações aos familiares.
- ◇ Estruturar serviço de atendimento ao recém-nascido de médio-risco, como exemplo UCINCo e/ou UCINCa.
- ◇ Implementar processos periódicos de auditoria e avaliação na maternidade, tendo em vista todos os indicadores preconizados e não atendidos pelos profissionais.
- ◇ Analisar o favorecimento da prospecção da qualidade da assistência na Maternidade, pelos indicadores pactuados pelo contrato de gestão com o Município, pelos quais serão providos repasses.
- ◇ Monitorar Indicadores neonatais de risco.
- ◇ Propiciar discussões com utilização de ferramentas para análise de causa raiz dos incidentes.
- ◇ Elaborar Planos de Ação preventivos para eventos adversos graves.
- ◇ Convocar o engajamento de toda a equipe diretiva e gestora para o movimento de promoção e consolidação da Cultura de Segurança e Qualidade Assistencial

- ◇ Elaborar, implementar e manter avaliação contínua dos Planos de Ação para os eventos adversos.

Relativas aos Recursos Humanos

- ◇ Instituir a discussão quanto ao quantitativo dos profissionais da enfermagem para assegurar a assistência de qualidade ao neonato e sua mãe, com base nos documentos de Dimensionamento emitidos pelo COFEN.

Relativa aos Recursos Materiais

- ◇ Adquirir equipamentos como blender para mistura de ar comprimido e oxigênio, incubadora de transporte, e detector colorimétrico de CO₂.
- ◇ Adquirir materiais básicos como relógio de parede com ponteiro de segundos
- ◇ Adquirir materiais para o atendimento do recém-nascido prematuro como: plástico filme, máscaras neonatais 00 e 01.
- ◇ Implementar *check list* de materiais e equipamentos em todos os setores e períodos, com orientação do fluxo das responsabilidades e relatórios gerenciais emitidos e divulgados para a instituição.

Relativas à Ambiência

- ◇ Disponibilizar bancada acoplada à pia de lavar as mãos como o local adequado para os cuidados aos recém-nascidos junto de suas mães no Alojamento Conjunto, favorecendo o processo de preparo para a alta hospitalar responsável.

7.5 DIRETRIZES RELATIVAS ÀS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS PARA OS GESTORES DAS ÁREAS PROFISSIONAIS

- ◇ Apoiar a prestação de atendimento humanizado e seguro aos recém-nascidos em todos os âmbitos da assistência prestada.
- ◇ Promover capacitação anual para todos os funcionários envolvidos na assistência à Reanimação Neonatal.
- ◇ Promover capacitação semestral para todos os funcionários em Aleitamento Materno.
- ◇ Propiciar a garantia a temperatura da sala de parto entre 23-26°C, nos nascimentos via cesariana e vaginal.

◇	Garantir um profissional habilitado para o atendimento ao recém-nascido na sala de parto, como médico pediatra.
◇	Garantir a presença do profissional habilitado (médico pediatra ou neonatal; enfermeira e técnico de enfermagem) desde o período imediatamente anterior ao nascimento até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe.
◇	Apoiar e incentivar os profissionais de todos os turnos a prática da promoção do contato pele a pele entre o recém-nascido e a mãe, imediatamente após o nascimento, quando o RN respirou/chorou e apresentar tônus muscular em flexão.
◇	Apoiar e incentivar os profissionais para o estímulo ao contato pele a pele nos nascimentos cirúrgicos, e manutenção da assistência humanizada e de qualidade em todos os nascimentos.
◇	Incentivar que os profissionais atentem para a manutenção da temperatura durante o contato pele a pele, observando as seguintes condições:
◇	secar o corpo e o seguimento cefálico com compressas aquecidas;
- cobrir o RN com tecido de algodão seco e aquecido, trocar sempre que necessário;	
◇	Incentivar os profissionais a manterem a temperatura corporal do RN durante todo o contato pele a pele entre 36,5 a 37,5 °C.
◇	Incentivar continuamente a observação e manutenção das vias aéreas pervias e avaliação da vitalidade do RN pelos profissionais.
◇	Alertar os profissionais para o controle de todos os estímulos ambientais durante o cuidado ao RN, a saber: luminosidade, temperatura e ruídos no ambiente.
◇	Estimular a verificar e registro do escore do Apgar no primeiro e quinto minuto de vida.
◇	Reiterar continuamente o procedimento de clampeamento tardio do cordão, após cessadas as suas pulsações e, quando o RN apresentar boa vitalidade.
◇	Alertar os profissionais para a não aspiração de rotina das vias aéreas, exceto naqueles RN que apresentem obstrução.
◇	Estimular e auxiliar o aleitamento materno na primeira hora de vida.

- ◇ Garantir a devida identificação com dupla checagem do RN antes de ser retirado do ambiente do nascimento.
- ◇ Postergar os procedimentos de rotina realizados durante os primeiros 30min a 1 hora de vida do RN como: exame físico, pesagem, profilaxia da oftalmia neonatal e documentação, para após primeira hora de vida.
- ◇ Realizar os procedimentos de cuidado após 4 horas de vida do RN: banho, vacinação, administração de vitamina K e medidas antropométricas.
- ◇ Realizar o primeiro banho do RN na modalidade de ôfuro (Banho no Balde) para manter seu relaxamento e favorecer a adaptação ao ambiente extra-uterino.
- ◇ Atuar integradamente com a equipe multiprofissional para o cuidado humanizado e seguro ao RN, na perspectiva da promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno; Promover e proteger o aleitamento materno sob livre demanda, com apoio ao binômio para superação de possíveis dificuldades.
- ◇ Orientar à mulher quanto:
 - a importância de não ofertar ao RN nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno;
 - as situações especiais e, com critérios, para as quais o médico ou a nutricionista devem prescrever a oferta de leite humano pasteurizado ou fórmula láctea infantil, mediante as razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite.
 - alertar sobre a importância de não utilizar protetores de mamilos e não oferecer bicos artificiais (chupetas e mamadeira);
 - alertar para os riscos da amamentação cruzada.
- ◇ Apoiar, incentivar, e orientar a participação do pai e da mãe nos cuidados com o recém-nascido, sanando todas as dúvidas apresentadas.
- ◇ Orientar o estímulo da Posição Canguru no Alojamento Conjunto, especialmente quando se tratar de recém-nascidos com peso inferior a 2500g;
- ◇ Adotar técnicas não farmacológicas para alívio da dor nos recém-nascidos durante procedimentos dolorosos, como enrolamento, uso de soluções adocicadas (glicose 25%), sucção não-nutritiva, sucção em seio materno, enrolamento, contenção manual de conforto.

- ◇ Articular, de maneira oportuna e adequada, as transferências de caráter de urgência, atendendo às diretrizes do Ministério da Saúde para o Sistema de Regulação de Vagas.
- ◇ Implantar o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Alta, realizado pela equipe médica e de enfermagem, considerando as seguintes situações:
 - RN a termo e/ou com peso adequado para a idade gestacional, sem comorbidades e com exame físico normal;
 - RN sem icterícia nas primeiras 24 horas;
 - RN com eliminações presentes e controle térmico adequado;
 - RN com boa pega e sucção eficaz, com boa coordenação da sucção / respiração/deglutição, salvo em situações que impeçam o aleitamento materno
- ◇ Realizar e registrar na Caderneta de Saúde da Criança todos os testes de Triagem Neonatal: Coraçãozinho, Pezinho, Orelhinha, Olhinho e Linguinha;
- ◇ Realizar a referência do binômio para a atenção primária, com orientação e agendamento para a consulta puerperal e, início da puericultura;
- ◇ Orientar a mãe / pai / família no momento da alta para:
 - Procurar a Unidade de Saúde caso o RN apresente problemas com aleitamento materno, icterícia, no coto umbilical e, com as eliminações fisiológicas. Lembrando que até o 28º dia de vida o RN têm direito a atendimento na Maternidade;
 - Procurar o Banco de Leite de referência ou a Maternidade (CIAM) no caso de intercorrências com as mamas, bem como, para orientações sobre doação de leite humano;
 - Sobre o preparo correto da fórmula infantil e higienização dos utensílios utilizados para o preparo, caso a amamentação seja contraindicada (de acordo com razões médicas aceitáveis);
- ◇ Cuidados para a prevenção da morte súbita;
 - Transportar o RN de forma segura para prevenir acidentes domésticos;
 - Evitar ambientes aglomerados.

8. ENCAMINHAMENTOS

Por fim, após e considerando os resultados e discussões desenvolvidas nos Capítulos anteriores este estudo apresentou como produto as **Diretrizes para Atenção Neonatal em Maternidade de Risco Habitual**, localizado em Curitiba, estado do Paraná, com base nas normativas e melhores evidências científicas.

Estas Diretrizes na sequencia, serão encaminhadas formalmente, mediante reunião a ser solicitada pela autora, e acompanhada pela Prof^a Dra Márcia Freire (orientadora deste desenvolvimento) ao serviço da Qualidade da Feaes, juntamente com a presença da Diretoria Executiva e Técnica da Maternidade, para: breve apresentação oral, apreciação das propostas pelos gestores, e oficialização da proposta do estabelecimento de um Planejamento Estratégico Situacional para consecução das diretrizes, segundo as possibilidades e prioridades para o cuidado neonatal seguro e de qualidade, a saber, a curto, médio e longo prazo.

E finalmente, serão disponibilizadas aos demais gestores locais, municipais e estaduais, bem como, para todos os funcionários da Instituição, no formato de divulgação dos resultados do presente estudo em eventos da área e, mediante publicação dos artigos científicos.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou investigar e analisar aspectos relacionados a estrutura e processo de assistência ao recém-nascido na maternidade de risco habitual na qual atuo com enfermeira e gestora da qualidade, com o intuito de visualizar o cenário real e elencar diretrizes para o avanço na melhoria da atenção neonatal, visando a garantia da qualidade e segurança da assistência humanizada.

Esta pesquisa me foi de grande valia e aprendizado. Propiciou-me desenvolvimento, tanto profissional quanto acadêmico, além de, consequentemente ter beneficiado e, ainda vir a beneficiar, o cuidado neonatal na Instituição-cenário deste estudo, por meio de diretrizes identificadas como não atendidas plenamente pela instituição e nas práticas assistenciais multiprofissionais.

A compreensão e desenvolvimento metodológico de uma Avaliação Normativa, com a leitura de diversos livros e autores e a opção pelo referencial teórico de Avedis Donabedian, transformou-se de um desafio inicial para um aprendizado consolidado que será reproduzido nas oportunidades que se apresentarem, bem como, aprofundado.

Assim, evidenciou-se as políticas brasileiras e internacionais que preconizam a humanização do atendimento ao recém-nascido, e visualizou-se o efeito dominó que acomete a estrutura, o processo e os resultados do cuidado neonatal na maternidade.

As limitações do presente estudo dizem respeito à própria organização da instituição hospitalar para acesso aos documentos e profissionais, à organização para o desenvolvimento das entrevistas e aplicação dos formulários, à limitação da auditoria de conhecimento e de relato da prática, e não de verificação presencial da prática e, à aceitação e colaboração de alguns profissionais.

A hipótese elencada para o desenvolvimento desta avaliação normativa foi respondida afirmativamente, pois a atenção neonatal oferecida na maternidade de risco habitual, de Curitiba, não contempla os principais aspectos das diretrizes normativas preconizadas nas Portarias e Resoluções da Diretoria Colegiada do Ministério da Saúde, bem como, em Documentos e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Os objetivos, geral e específicos elencados foram atendidos, bem como o pressuposto de que a avaliação normativa, à partir do (re)conhecimento normativo

preconizado e da prática assistencial multiprofissional na atenção neonatal na maternidade de risco habitual (modelo assistencial), poderia gerar diretrizes a serem propostas para os ajustes e atendimento às recomendações para a atenção neonatal qualificada.

Afirma-se que a maternidade em estudo apresentou resultados positivos em relação a estrutura, entretanto, ainda como brechas que facilitam a ocorrência de falhas apontam-se os recursos humanos, físicos, materiais e de organização dos fluxos, quando comparados as normativas do Ministério da Saúde e Sociedades Científicas, sobretudo quando se relaciona à humanização.

Os achados poderão contribuir para discussões e reflexões entre os envolvidos no cuidado e gestores, apontando melhorias necessárias na estrutura física, aquisição de recursos humanos, materiais e no processo de assistência. Verificada a necessidade de capacitação reflexiva dos profissionais envolvidos na assistência ao recém-nascido, voltado à humanização da assistência, para que haja uma consolidação plena da política de humanização, junto toda a equipe de saúde local.

Para as mudanças relacionadas ao processo de trabalho de atenção ao neonato é necessária a crescente integração entre formação (graduação) e pós-graduação. A criação de programas e a instituição de políticas de saúde, carecem de instituições formadoras parceiras, ou seja, que formam e pós-graduem com reflexo na prática profissional do enfermeiro direcionado aos cenários de atenção e, com base em evidências científicas.

A Enfermagem desempenha um papel essencial na assistência humanizada e de qualidade ao neonato, sobretudo, na perspectiva da inserção da enfermeira obstétrica e neonatal no atendimento aos partos/nascimento da instituição hospitalar de risco habitual, pois possuem formação humanista aliada ao potencial articulador para a operacionalização das políticas de humanização ao recém-nascido.

Nesta perspectiva, a busca pelo cuidado humanizado, baseado em evidências e pela implantação de uma estrutura adequada e práticas que favoreçam o cuidado e avaliação destes serviços, são temas de impacto crescente no cenário nacional e internacional. Ainda que sejam desafiadores, pois implicam e envolvem a gestão do serviço e os profissionais, para que a estrutura e processo de trabalho ofereçam um atendimento seguro e de qualidade aos recém-nascidos.

As diretrizes propostas para atenção neonatal multiprofissional de uma maternidade de risco habitual, têm o intuito de qualificar e assegurar o cuidado, sobretudo da enfermagem, e, poderão ser aplicadas e cotejadas à outras realidades semelhantes. De maneira que o *Ciclo do Processo de Cuidado Neonatal* atenda à ação planejada – monitoramento – avaliação – intervenção – reavaliação – monitoramento – replanejamento e, que obtenha como consequência o cuidado baseado nas melhores evidências e nas necessidades de cada recém-nascido e mãe, enfim, os resultados esperados a partir das adequações estruturais e processuais do serviço.

Espera-se que os resultados deste estudo tragam subsídios para transformações na prática assistencial neonatal, contribuindo com o desenvolvimento da qualidade do cuidado e, com a qualidade de vida das crianças, mediante ações seguras de humanização à toda a família e sociedade atendida no serviço.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE R. S. et al. Temperatura dos recém-nascidos submetidos ao calor radiante e ao dispositivo Top Maternal ao nascimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, 24:e, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02741.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2018.
- ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. A. B.; UED, F. V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822015000300355>. Acesso em: 03 ago. 2018.
- ALVEZ, C.O. et al. Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 4, p.788-96, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18143/14456>>. Acesso em: 15 jul. 2018.
- ANSELONI, V.C.Z. et al. A brainstem substrate for analgesia elicited by intraoral sucrose. **Neuroscience**, v. 133, n. 1, p. 231-243, 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306452205001685>>. Acesso em: 12 jun. de 2018.
- ANTUNES, M. B. et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. **Av.enferm.** Bogotá, v. 35, n. 1, p. 19-29, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000100003>. Acesso em: 29 jul. 2018.
- ASHISH K. C. et al. Effects of delayed umbilical cord clamping vs early clamping on anemia in infants at 8 and 12 monsths. **JAMA Pediatr**, v. 171 n. 3, p. 264-270, 2017. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2596270>>. Acesso em: 29 jul. 2018.
- BASSELS, M. M. D. et al. Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paul Enferm.** 2018;31(3):247-54. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v31n3/1982-0194-ape-31-03-0247.pdf>>. Acesso em 29 jul. 2018.
- BITTENCOURT S. D. A. et al. Estrutura das Maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 208-219, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S208-S219>>. Acesso em: 29 mai. 2018.
- BOLSTRIDGE J. et al. A quality improvement initiative for delayed umbilical cord clamping in very low-birthweight infants. **BMC Pediatrics**, v. 16, n. 155, 2016.

Disponível em: <<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12887-016-0692-9>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Integral a Saúde da Criança: ações básicas. Brasília, DF, 1984. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf>. Acesso em 10 dez. 2016.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1986. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7498-25-junho-1986-368005-norma-actualizada-pl.html>>. Acesso em 17 jun. 2018.

_____. Decreto nº 94.406. Regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1987. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 17 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF. 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html>. Acesso em 11 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual do curso. 1. ed. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em 19 jun. 2018.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em 11 dez. 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa nº 2, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre os indicadores para a avaliação dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, 2008b. Disponível em:

<<https://www.natal.rn.gov.br/sms/covisa/nucleos/servicosauade/Instrucao%20Normativa%20202008%20-%20maternidade.PDF>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html>. Acesso em: 03 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html>. Acesso em: 18 ago. 2018.

_____. Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em 23 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da Sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e saúde de mães e crianças. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Alem_sobrevivencia_Praticas_integradas_atencao_parto.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Manual técnico, Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2018.

_____. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. Guia de apoio para o alcance das metas – Agenda de compromissos dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Governo Federal e Municípios, 2013. Disponível em: <http://encontrocomprefeitos.portalfederativo.gov.br/arquivos/Agenda_completa.pdf>. Acesso em 20 mar. 2017.

_____. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. 1. ed. Brasília: ANVISA, Brasília, 2014a. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20Neonatal%20-%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Objetivos do Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico. Grupo técnico para acompanhamento do ODM. Brasília: Ipea: 2014c. Relatório Técnico. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2017.

_____. Portal da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. 2014d. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>. Acesso em: 29 nov. 2016.

_____. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acesso em: 12 out. 2016.

_____. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em 10 mai. 2017.

_____. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto, 2016a. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/24.10.2016_1.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS- CONITEC. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

_____. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS- CONITEC. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília, DF, 2016c. Disponível em: <
http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

_____. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. – Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 10 fev. 2018.

_____. Nota Técnica nº01/2018. Orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+técnica+nº+01-2018+GVIMS-GGTES-ANVISA/ef1b8e18-a36f-41ae-84c9-53860bc2513f>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

CASTRO F. S. F. et al. Temperatura corporal, Índice de Aldrete e Kroulik e alta do paciente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 46, n. 4, p. 872-6, 2012. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/13.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

CHAMPAGNE, F. et al. A apreciação normativa. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p.78-94.

COELHO, K. R. Avaliação do grau de implantação do programa de humanização do parto e nascimento no médio do vale do Jequitinhonha em Minas Gerais (tese). Belo Horizonte. 2014. Disponível em: <
http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-9SRKJ9/kellen_rosa_coelho.pdf?sequence=1>. Acesso em 27 jul. 2018.

COFEN. Resolução nº 477/2015. Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <
http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html>. Acesso em: 24 jun. 2018.

COSTA E. F. G., Alves V. H., Souza R. M. P., et al. Nursing practice in clinical management of breastfeeding: strategies for breastfeeding. **Rev Fund Care Online**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 217-223, 2018. Disponível em: <
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5953/pdf>> Acesso em: 14 ago. 2018.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **A avaliação na área da saúde: conceito e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>>. Acesso em 30 mai. 2017.

CORDEIRO, R. A; COSTA R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 185-92, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf> Acesso em: 05 ago. 2018.

COREN. Parecer Técnico nº 04/2016. Recepção e cuidados com o recém-nascido realizados pelo Enfermeiro no parto vaginal e parto cesária, 2016. Disponível em: <http://www.corenpr.gov.br/portal/images/pareceres/PARTEC_16-004-Recepcao_e_cuidados_com_o_recem-nascido_realizados_pelo_Enfermeiro_no_parto_vaginal_e_parto_cesarea.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2018

CORTES, C. T. et al. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 49, n. 5, p. 16-725, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0716.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

CURITIBA (Município). Lei nº 13.663, de 21 de dezembro de 2010. Institui a Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES- Curitiba), altera a Lei Municipal nº 7.671, de 10 de junho de 1991, e dá outras providências. **Câmara Municipal de Curitiba**, Capital do Estado do Paraná. Curitiba, 21 dez. 2010. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2010/1366/13663/lei-ordinaria-n-13663-2010-institui-a-fundacao-estatal-de-atencao-especializada-em-saude-de-curitiba-feaes-curitiba-altera-a-lei-municipal-n-7671-de-10-de-junho-de-1991-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

_____. Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido – Programa Mãe Curitibana. 22. ed. Secretaria Municipal de Saúde, **Curitiba**, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitibana>>. Acesso em: 23 jun.2018.

DEINDL, P. et al. Successful implementation of a neonatal pain and sedation protocol at 2 NICUs. **Pediatrics**, v. 132, n. 1, p. 211-218, 2013. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/132/1/e211.short>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** V. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/204921/mod_resource/content/1/genero_saude_materna.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2016.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *Archives of Pathology e Laboratory Medicine*, v. 121, n. 11, p. 1145, 1997. Disponível em:<

<http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The Quality of Care How Can it Be Assessed - Donabedian.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2017.

_____. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

_____. 1980. Explorations in Quality Assessment and Monitoring vol. I, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 2014.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

FIGUEIREDO M.F.; FIGUEIREDO A.M.C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Revista Fundação João Pinheiro**. São Paulo, v. 1, n. 3, p.107-127, 1986. Disponível em: <www.josenorberto.com.br/ac-2007-38.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018.

FREIRE, M.H.S.; MORAES, E. L. de M.; ROCHA, F.; SAGANSKI, G.F.; MIGOTTO, M.T. Action-Research for the development of care technology: protocol for the management of pain and stress of the newborn in intensive care. In: COSTA, P.A. e al. **Abstracts Book of the 3rd World Conference on Qualitative Research**, Lisboa – Portugal. Vol 2 (2018), p. 92-102. Disponível em: <<https://proceedings.wcqr.info/index.php/wcqr2018/issue/archive>> Acesso em 15 dez. 2018.

GAÍVA, M.A.M. et al. Avaliação estrutural das instituições hospitalares que prestam assistência ao nascimento em Cuiabá, MT. **Cogitare Enferm**, v.15, n.1, p. 55-62, 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17146/11287>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

GALVÃO C.M.; SAWADA, N. O.; MENDES, A. C. A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*, v. 37, n. 3, p. 43-50, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo, Editora Atlas, 2002.

GOODE C.J.; PIEDALUE F. Evidence-based clinical practice. **JONA**, v. 29,n. 6, p. 15-21, 1999.

HARRISON, D.; BEGGS, S.; STEVENS, B. Sucrose for procedural pain management in infants. *Pediatrics*, v. 130, n. 5, p. 918-925, 2012. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/130/5/918.full.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

IBFAN, Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança IHAC: Entendendo o passado, planejando o futuro**, 2012. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/smam/pdf/doc-730.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

IBSP. Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. 6 metas internacionais de segurança do paciente, 2017. Disponível em: <<https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/6-metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

JORDAN, Z. et al. The updated JBI model for evidence-based healthcare. Adelaide, Aus.: The Joanna Briggs Institute, 2016. Disponível em: [http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/The JBI Model of Evidence - Healthcare- A Model Reconsidered.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/The%20JBI%20Model%20of%20Evidence%20Healthcare%20A%20Model%20Reconsidered.pdf). Acesso em: 04 ago. 2018.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 192-207, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>>. Acesso em: 11 Mar. 2018.

LEITE A. M. **Efeitos da amamentação no alívio da dor em recém-nascidos a termo durante a coleta do teste do pezinho**. Tese (Doutorado) – USP Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-08052007-165955/pt-br.php>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6 p. 1063-1082, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000600004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 ago. 2017.

MAIA, V.K.V et al. Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha. **Revista Pesquisa cuidado fundamental (online)**, v. 9, n. 4, p. 1055-1060, 2017a. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5794/pdf_1>. Acesso em 18 mar. 2018.

MAIA, V. K. V. et al. Avaliação da qualidade de um sistema de informação de pré-natal. **Rev Gaúcha Enferm.** 2017b; v.3, n.3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v38n3/0102-6933-rngenf-38-3-e67747.pdf>> Acesso em: 25 de nov. 2018.

MANSANO, N. H. et al. Comitês de prevenção de mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n. 1, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100051&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago. 2018.

MANZINE, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. de Saúde Materno Infantil**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 59-67, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n1/v9n1a07.pdf> >. Acesso em: 04 ago. 2018.

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MERCADO, N. C. et al. Cuidados e orientações de enfermagem Às puérperas no Alojamento Conjunto. **Rev enferm UFPE online**. Recife, v. 11, n. 9, p. 3508-15, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234480/27670>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MIGOTO, M. T. et al. Mortalidade neonatal precoce e fatores de risco: estudo caso-controle no Paraná. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018, v. 5, n.71, p. 2527-34. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Michelle_Migoto/publication/328129647_Early_neonatal_mortality_and_risk_factors_a_case-control_study_in_Parana_State/links/5bbcb7524585159e8d8f535f/Early-neonatal-mortality-and-risk-factors-a-case-control-study-in-Parana-State.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018.

MOREIRA M. E. L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 30 p. 128-139, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S128-S139/pt>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

MOURA, K. C. C. et al. Percepções de puérperas sobre os benefícios da amamentação na primeira hora pós-parto. **Revista Cogitare Enfermagem**. Minas Gerais, v. 19 n. 1, p. 123-128, 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35968/22177>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

OLIVEIRA, C. A. N. **Qualidade do cuidado materno e neonatal em região de saúde do Ceará: visão da puérpera**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

OLIVEIRA, F.A.M et al. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 36, n. spe, p. 177-184, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500177&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2017.

OLIVEIRA J. C. et al. Obstetric assistance in the process of labor and birth. **Rev Fund Care Online**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 450-457, 2018. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6083/pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

OMS. Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna, 2014. Disponível em: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=240:avaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-near-miss&Itemid=234&lang=es. Acesso em 14.02.2018.

_____. Declaração da OMS sobre taxas de cesarianas, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_por.pdf;jsess

[ionid=8186E797B0B1448B9A073E7C635BB9BA?sequence=3](https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2018.

ONU. Relatório sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio. Organização das Nações Unidas, 2015a. Disponível em: <https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. Transformando o mundo: A agenda para o desenvolvimento sustentável. Organização das Nações Unidas, 2015b. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

_____. Centro Regional de Informação das Nações Unidas. Objetivo 3 – Saúde de Qualidade, 2018. Disponível em: <<https://www.unric.org/pt/ods-link-menu/31972-objetivo-3-saude-de-qualidade>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

OPAS. Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia, 2017. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34361/9789275719640-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

ORLANDI. M. H. F. **Prevenção da Mortalidade Infantil no Paraná: avaliação e representação social**. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PARANÁ. Secretaria do Estado de Saúde do Paraná. Linha Guia: Rede Mãe Paranaense, 2012. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Master_Governo_LinhaGuia_v3.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2016.

_____. Secretaria da Saúde. Resolução SESA 165, de 05 de maio de 2016. Estabelece os requisitos de boas práticas para instalação e funcionamento e os critérios para emissão de Licença Sanitária dos Estabelecimentos de Assistência Hospitalar no Estado do Paraná, 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Resolucoes2016/165_16.pdf>. Acesso em 02 fev. 2017.

_____. Secretaria do Estado de Saúde do Paraná. Linha Guia: Rede Mãe Paranaense, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2018.

PEARSON, A. et al. The JBI model of evidence-based healthcare. **International Journal of Evidence-based Healthcare**, v. 3, n. 8, p. 207-215, set. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-6988.2005.00026.x>>. Acesso em: 22 de jul 2018.

PEARSON, A.; WEEKS S.; STERN C. Translation Science and The JBI Model of Evidence-Based Healthcare. **Instituto Joanna Briggs** (JBI), 1. ed. 2011.

PERINI, C. et al. Banho de ofurô em recém-nascidos no alojamento conjunto: um relato de experiência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. Rio de Janeiro, v. 6 n. 2, p. 785-792, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750622034>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

PINHEIRO, J. M. F. et al. Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Natal, v. 21, n.1, p. 243-252, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0243.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

PINTO, E. S. G.; SOUZA, N.L. Caminho para avaliação em saúde: elaboração de modelos lógicos como passo inicial. Curitiba: CRV, 2017.

REIS, Z. S. N. et al. Análise de indicadores de saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e Brasil. **Rev. Bras Ginecol Obstet**. Minas Gerais, v. 33, n. 9, p. 234-9, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n9/a03v33n9.pdf>>. Acesso em 03 ago. 2018.

ROSA, M. K. O.; GAÍVA, M. A. M. Qualidade na atenção hospitalar ao recém-nascido. **Rev Rene**, v. 10, n. 1, p. 159-165, 2009. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/12725/1/2009_art_mkorosa.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2017.

ROSSWURM, M. A.; LARRABEE, J. H. A model for change to evidence-based practice. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship**. V. 31, n. 4, p. 317-2.

SANTOS, R.C. S.; RIESCO, M. L. G. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. **Rev Gaúcha Enferm**. V. 37, ed esp, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68304.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

SANTOS, L. M.; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, R. C. B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.65, n.2, p.269-275, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200011. Acesso em: 13 mar. 2018.

SILVA, A. L. A et al. Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. **Rev. Saúde Pública**. Recife, v. 48, n. 4, p. 682-691, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0682.pdf>. Acesso em 02 jul. 2018.

SILVA, E. C et al. Puerpério e assistência de enfermagem: percepção das mulheres. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, v.11, n. 7, p. 2826-33, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11043/19180>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SILVA, D. et al. Práticas de humanização com parturientes no ambiente hospitalar: revisão integrativa. **Rev baiana enferm.** V. 32, p. 215-17, 2018. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21517/16219>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. Infra-estrutura para atendimento integral ao recém-nascido. Documento científico do departamento de neonatologia da sociedade brasileira de pediatria, 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/SBP-DC-Neo-Infraestrutura-integral-21nov2010aprovado.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016.

_____. Programa de Reanimação Neonatal – Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/reanimacao/?page_id=1040>. Acesso em: 29 nov. 2016.

STELMAK, A. P.; FREIRE, M. H. S. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru. *Rev Fund Care Online.* V. 9, n.3, p. 795-802, 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4429/pdf_1>. Acesso em: 15 ago. 2018.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Evidence based clinical fellowship program study guide. Adelaide, Aus: The Joanna Briggs Institute, 2017.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

TORRES, J. A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 220-231, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2018.

VAIN, N. E. Em tempo: como e quando deve ser feito o clampeamento do cordão umbilical: será que realmente importa? **Rev Paul Pediatr.** São Paulo, v. 33, n. 3, p. 258-259, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0258.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

VIANNA, R. C. X. F. et al. Perfil da mortalidade infantil nas Macrorregionais de Saúde de um estado do Sul do Brasil, no triênio 2012-2014. *Revista de Saúde Pública do Paraná.* Londrina, v. 17, n. 2, p. 32-40, 2016. Disponível em: <<http://inesco.org.br/publicacoes/revista/17-2/files/basic-html/page34.html>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

VITURI, D. W. et al. Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1179-1187, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000501179>. Acesso em 10 dez. 2016.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018). Disponível em: < <http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

[illegible]

Reanimação Neonatal-SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP - 2010	RDC nº36	Condições organizacionais e gerenciais	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
			X		Laboratório clínico completo com bacteriologia			
			X	X	Ultrassonografia			
			X		Eletrocardiografia			
			X		Ecocardiografia com Doppler			
			X		Diagnóstico por Imagem:			
			X		Radiologia com exames constratados			
			X		Tomografia			
			X		Ressonância magnética			
			X		Cintilografia			
					Banco de leite humano: com disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado - LHOP, conforme a RDC/Anvisa n. 171, de 04 de setembro de 2006.			
			X	X	Serviço de nutrição enteral e parenteral			
			X		Enteral			
			X		Parenteral			
			X		Serviço de anatomia patológica e de verificação de óbito			
			X		Especialidades médicas e não médicas com habilidades em pacientes pediátricos, no próprio local ou em outra instituição conveniada:			
			X	X	Cirurgia			
			X	X	Cardiologia			
			X	X	Neurologia			
			X		Oftalmologia			
			X		Infectologia			
			X		Genética			
			X	X	Anatomia Patológica			
			X		Ortopedia			
			X		Nefrologia			
			X		Cirurgia cardíaca			

Reanimação Neonatal-SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP - 2010	RDC nº36	Condições organizacionais e gerenciais	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
			X		Neurocirurgia			
			X	X	Endocrinologia			
			X		Hematologia			
			X		A instituição deverá manter os seguintes mecanismos de vigilância:			
			X	X	Comitê de estudos de mortalidade materna			
			X	X	Comitê de estudos de mortalidade neonatal			
			X		Comissão de controle de infecção hospitalar.			
			X		As unidades/setores deverão dispor de:			
			X	X	Protocolos assistenciais escritos e atualizados periodicamente			
			X	X	Treinamento e capacitação em nível assistencial médico e de enfermagem			
			X	X	Equipe médica			
			X	X	Equipe de Enfermagem			
			X		Impressos padronizados para o atendimento ao recém-nascido			
			X		Fluxo de informação aos familiares			
			X		Base de dados informatizados.			
			X		As unidades/setores deverão utilizar indicadores com a finalidade de traçar metas para a melhoria da assistência neonatal. Tais indicadores, que devem ser calculados mensalmente e divulgados para a equipe assistencial, compreendem:			
			X		Taxa total de partos cesáreos, e específica em primigestas			
			X		Taxa de recém-nascidos ventilados em sala de parto			
			X		Taxa de recém-nascidos de baixo peso ao nascer			
			X		Taxa de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer			
			X		Taxa de recém-nascidos de extremo baixo peso ao nascer			
			X		Taxa de ocupação e tempo de permanência dos recém-nascidos nos vários setores			
			X		Taxa de recém-nascidos com cateter central			

Reanimação Neonatal- SBP 2016	Portaria 2.068- 2016	Portaria 371- 2014	SBP - 2010	RDC nº36	Condições organizacionais e gerenciais	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
			X		Taxas de infecção hospitalar			
			X		Perfil de sensibilidade e resistência aos antimicrobianos			
			X		Estatística vital, estratificada por peso ao nascer			
					Estatística vital, estratificada por idade gestacional			
			X		Escore de risco para mortalidade			
			X		Causas dos óbitos neonatais precoces.			
			X		Causas dos óbitos neonatais tardios.			
				X	PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO			
				X	O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir manual de normas e rotinas técnicas de limpeza.			
				X	Manual de normas e rotinas de desinfecção e esterilização, das superfícies.			
				X	Manual de normais e rotinas de desinfecção e esterilização das instalações.			
				X	Manual de normais e rotinas de desinfecção e esterilização dos equipamentos.			
				X	Manual de normais e rotinas de desinfecção e esterilização de produtos para a saúde.			
				X	O manual de normas e rotinas técnicas dos procedimentos deve estar atualizado e disponível em local de fácil acesso.			
				X	O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar:			
				X	Insumos/Produtos para as práticas de higienização das mãos de profissionais de saúde, mulher, acompanhantes e visitantes.			
				X	Equipamentos para as práticas de higienização das mãos de profissionais de saúde, mulher, acompanhantes e visitantes.			
				X	Instalações necessárias para as práticas de higienização das mãos de profissionais de saúde, mulher, acompanhantes e visitantes.			

Reanimação Neonatal- SBP 2016	Portaria 2.068- 2016	Portaria 371- 2014	SBP - 2010	RDC n°36	Condições organizacionais e gerenciais	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
				X	O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve manter normas e rotinas técnicas escritas de biossegurança, atualizadas e disponíveis a todos os trabalhadores, contemplando os seguintes itens:			
				X	Condutas de segurança biológica.			
				X	Condutas de segurança química.			
				X	Condutas de segurança física			
				X	Condutas de segurança ocupacional			
				X	Instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI)			
					Instruções de uso para os equipamentos de proteção coletiva (EPC);			
				X	Procedimentos em caso de acidentes.			
				X	Manuseio de material e amostra biológica.			
				X	Transporte de material e amostra biológica.			
				X	NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES			
				X	A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e implementar ações de:			
				X	Farmacovigilância			
				X	Tecnovigilância			
				X	Vigilância e controle de infecções			
				X	Vigilância e controle de eventos adversos			
					O monitoramento dos eventos adversos ao uso de sangue e componentes deve ser realizado em parceria e de acordo com o estabelecido pelo serviço de hemoterapia da instituição ou serviço fornecedor de sangue e hemocomponentes.			
				X				
					A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve notificar os casos suspeitos, surtos e eventos adversos graves à coordenação do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.			
				X				

Reanimação Neonatal- SBP 2016	Portaria 2.068- 2016	Portaria 371- 2014	SBP - 2010	RDC nº36	Condições organizacionais e gerenciais	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
				X	O coordenador do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde deve notificar surtos e casos suspeitos de eventos adversos graves à vigilância sanitária local, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas.			
				X	AVALIAÇÃO			
					O responsável técnico deve implantar, implementar e manter registros de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal, buscando processo contínuo de melhoria da qualidade.			
				X	A avaliação deve ser realizada levando em conta os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e as demais disposições estabelecidas na Instrução Normativa (IN) n. 02, de 03 de junho de 2008, da Anvisa.			
					O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar à vigilância sanitária as informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos e eventos adversos			
				X	O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve encaminhar à vigilância sanitária local o consolidado dos indicadores do semestre anterior, nos meses de janeiro e julho.			

Reanimação Neonatal SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP -2010	RDC nº 36 -2008	Recursos Humanos			SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
					O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitados pelo respectivo conselho de classe.					
				X	A direção e o RT do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal têm a responsabilidade de planejar e adotar ações para garantir a qualidade dos processos, incluindo:					
				X	a) coordenação da equipe técnica;					
				X	b) adoção de ações e medidas de humanização;					
				X	c) elaboração de protocolos institucionais, em conformidade com normas vigentes e evidências científicas;					
				X	d) supervisão do pessoal técnico por profissional de nível superior legalmente habilitado durante o seu período de funcionamento;					
				X	e) avaliação dos indicadores do serviço;					
				X	f) rastreabilidade de todos os seus processos.					
				X	O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de profissionais legalmente habilitados, capacitados e responsáveis pelas seguintes atividades:					
				X	a) atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes;					
				X	b) indicação e realização de procedimentos de forma individualizada e baseada nos protocolos institucionais;					
				X	c) identificação de complicações obstétricas e neonatais para a imediata assistência ou encaminhamento a serviço de referência;					
X			X	X	Equipe de profissionais de saúde treinada em reanimação neonatal antes do nascimento de qualquer RN.					

Reanimação Neonatal SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP - 2010	RDC nº 36 -2008	Recursos Humanos	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
X					Pelo menos um profissional de saúde capaz de realizar os passos iniciais e a ventilação com pressão positiva por meio de máscara facial presente em todo parto.			
X					Podem ser necessários 2-3 profissionais treinados e capacitados a reanimar o RN de maneira rápida e efetiva.			
X					Pelo menos um médico apto a intubar e indicar massagem cardíaca e medicações precisa estar presente na sala de parto (de preferência um pediatra)			
X					A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a presença do pediatra em todo nascimento.			
X		X			O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe			
		X			Profissional de enfermagem habilitado em reanimação neonatal na sala de parto, deverá possuir em sua equipe, durante as 24 (vinte e quatro) horas			
					Alojamento Conjunto			
					Profissional de nível superior para função de coordenação, preferencialmente com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada na área, com jornada horizontal diária mínima de quatro horas;			
	X				Profissional de nível superior para assistência, preferencialmente com habilitação em neonatologia/obstetrícia ou 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada na área para cada 20 binômios mãe-rn ou fração em cada turno			
	X				Profissional de nível técnico para cada oito binômios mãe- rn ou fração em cada turno.			
			X		Um enfermeiro para 30 binômios			
					Pediatria			

Reanimação Neonatal SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP - 2010	RDC nº 36 -2008	Recursos Humanos	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
	X				Profissional médico para função de responsabilidade técnica com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela sociedade brasileira de pediatria ou residência médica em pediatria ou em neonatologia, reconhecida pelo ministério da educação;			
	X		X		Profissional médico para assistência com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela sociedade brasileira de pediatria ou residência médica em pediatria ou em neonatologia, reconhecida pelo ministério da educação para cada 20 recém-nascidos ou fração.			
	X				Profissional médico plantonista preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela sociedade brasileira de pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecida pelo ministério da educação para cada 20 recém-nascidos ou fração.			
	X				Profissional médico para função de responsabilidade técnica com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela sociedade brasileira de pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecida pelo ministério da educação para cada 20 recém-nascidos ou fração. Plantonista do alojamento conjunto poderá ser profissional da equipe da unidade de cuidados intermediários convencional ou canguru (ucinuco ou ucinka), prevista na portaria nº 930/gm/ms, de 10 de maio de 2012, ou, ainda, da equipe de assistência ao recém-nascido no nascimento quando o estabelecimento não disponibilizar de leitos UCINCO/UCINCA;			
					Obstetrícia			
	X				Profissional médico para função de responsabilidade técnica com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em ginecologia e obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em ginecologia e obstetrícia			
	X		X		Profissional médico para assistência, com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, preferencialmente com habilitação em ginecologia e obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em ginecologia e obstetrícia para cada 20 puérperas ou fração			

Reanimação Neonatal SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP - 2010	RDC nº 36 -2008	Recursos Humanos	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
	X				Profissional médico plantonista, preferencialmente com habilitação em ginecologia e obstetrícia, ou título de especialista ou residência médica em ginecologia e obstetrícia. Plantonista do alojamento conjunto poderá ser profissional da equipe de obstetras de plantão.			
			X		A equipe multiprofissional treinada em aleitamento materno deve atuar de maneira integrada, sendo as altas hospitalares recomendadas, no mínimo, com 48 horas de vida, com documentação completa em relação ao atendimento durante a internação:			
			X		Altas hospitalares recomendadas com 48 horas de vida			
			X		Especialidades não médicas com habilidades em pacientes pediátricos, no próprio local ou em outra instituição conveniada:			
			X		Fisioterapia			
			X		Fonoaudiologia			
			X		Nutrição			
			X		Serviço Social			
			X		Psicologia			

Reanimação Neonatal SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP 2010	RDC nº 36 - 2008	Recursos Materiais	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
			X		Seringas de 1 ml			
X			X		Seringas de 10 mL			
X		X	X		Seringas de 20 ml			
X					Material para ventilação			
					Reanimador manual neonatal (balão autoinflável com volume máximo de 750 mL, reservatório de O2 e válvula de escape com limite de 30-40 cmH2O e/ou manômetro)			
X		X	X	X	Ventilador mecânico manual neonatal em T com circuitos próprios			
X		X	X	X	Máscaras redondas com coxim Nº 00			
X		X	X	X	Máscaras redondas com coxim Nº 0			
X		X	X	X	Máscaras redondas com coxim Nº 1			
X					Máscara laríngea para recém-nascido Nº 1			
X					Material para intubação traqueal			
X		X	X	X	Laringoscópio infantil com lâmina reta Nº 00			
X		X	X	X	Laringoscópio infantil com lâmina reta Nº 0			
X		X	X	X	Laringoscópio infantil com lâmina reta Nº 1			
X		X	X	X	Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro interno uniforme 2,5 mm			
X		X	X	X	Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro interno uniforme 3,0 mm			
X		X	X	X	Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro interno uniforme 3,5 mm			
X		X	X	X	Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro interno uniforme 4,0 mm			
X		X			Material para fixação da cânula: fita adesiva			
X		X			Material para fixação da cânula: algodão com SF			
X		X			Pilhas para laringoscópio			
X		X			Lâmpadas sobressalentes para laringoscópio			

Reanimação Neonatal SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP 2010	RDC nº 36 - 2008	Recursos Materiais	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
X					Detector colorimétrico de CO2 expirado			
X					Medicações			
X		X	X	X	Adrenalina 1/10.000 em 1 seringa de 5,0 mL para administração única endotraqueal			
X		X			Adrenalina 1/10.000 em seringa de 1,0 mL para administração endovenosa			
X		X	X	X	Expansor de volume (Soro Fisiológico) em 2 seringas de 20 mL			
			X	X	Bicarbonato de sódio 4,2%			
			X	X	Hidrocloreto de naloxona			
			X		Colírio de nitrato de prata 1%			
			X	X	Vitamina K			
X				X	Material para cateterismo umbilical			
X		X	X		Campo fenestrado esterilizado, cadaço de algodão e gaze			
X		X	X		Pinça tipo kelly reta de 14cm			
X		X	X		Cabo de bisturi com lâmina No 21			
X		X	X		Porta agulha de 11cm			
X		X	X		Fio agulhado mononylon 4.0			
X		X	X		Cateter umbilical 3.5F, 5F e 8F de PVC ou poliuretano			
X		X			Torneira de 3 vias			
			X		Clorexidina alcoólica			
X					Outros			
X		X			Luvas de proteção individual para os profissionais de saúde			
X		X			Óculos de proteção individual para os profissionais de saúde			
X		X	X		Gazes esterilizadas			
X					Alcool etílico			
X					Cabo de bisturi			
X					Lâmina de bisturi			
X		X			Tesoura de ponta romba			
X		X		X	Clampeador de cordão umbilical			

Reanimação Neonatal SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP 2010	RDC nº 36 - 2008	Recursos Materiais	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
				X	Pulseira de identificação da mãe e do recém-nascido			
				X	Pulseira de identificação do recém-nascido			
					Alojamento Conjunto			
			X		Leito hospitalar para a mãe com mesinha			
	X		X	X	Berço de material de fácil limpeza, desinfecção e que permita a visualização lateral;			
	X		X	X	Bandeja individualizada com termômetro, material de higiene e curativo umbilical;			
	X		X	X	Estetoscópio clínico			
					Esfigmomanômetro;			
	X				Balança;			
	X		X	X	Balança para recém-nascido;			
	X		X	X	Régua antropométrica			
	X		X	X	Fita métrica inelástica de plástico;			
			X	X	Aparelho de fototerapia, um para cada 10 berços;			
	X		X	X	Oftalmoscópio;			
	X		X		Aspirador com manômetro e oxigênio			
	X		X	X	glicosímetro			
	X				analgésicos			
	X				anti-inflamatórios			
	X				antibióticos			
	X				anti-hipertensivos			
			X		Incubadora de transporte com oxigênio			
			X		Bomba infusora			
	X				Material de emergência para reanimação, um para cada posto de enfermagem, composto por:			
	X			X	Desfibrilador			
	X			X	Carro ou maleta contendo medicamentos (podendo ser um carro ou maleta de emergência para atendimento da mãe e RN)			

Reanimação Neonatal SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP 2010	RDC nº 36 - 2008	Recursos Materiais	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
	X				Ressuscitador manual com reservatório			
	X				Máscaras			
	X				laringoscópio completo			
	X				tubos endotraqueais			
	X				conectores			
	X				câmulas de guedel			
	X				fio guia estéril			
				X	O serviço de saúde deve ter disponível, para o transporte da mulher ou do recém-nascido, os seguintes equipamentos, materiais e medicamentos:			
					maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, exceto para o transporte de recém-nascidos;			
				X	incubadora para transporte de recém-nascidos;			
				X	cilindro transportável de oxigênio.			

Reanimação Neonatal SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP 2010	RDC nº 36 2008	Ambiência	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
					Área para antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços: prever instalação de duas torneiras por sala de parto cirúrgico. Caso existam mais de duas salas cirúrgicas, prever duas torneiras a cada novo par de salas ou fração. Área de 1,10m² por torneira com dimensão mínima de 1,00m.			
				X	Sala de parto cirúrgico/curetagem: área mínima de 20,00m² com dimensão mínima de 3,45m. Deve possuir uma mesa cirúrgica por sala.			
				x	Óxido nítrico			
				x	Vácuo clínico			
				x	Climatização			
					Área de recuperação anestésica: ambiente com no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80m. Distância entre macas e paredes, exceto cabeceiras de 0,60m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo 1,20m. O número de macas deve ser igual ao número de salas de parto cirúrgico. Instalações de água fria, oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo e climatização.			
				x	Sala para AMIU: área mínima de 6,00m² com instalações de oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico e climatização.			
				X	Área de indução anestésica: prever área para no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80m e entre as macas e as paredes de 0,60m. Distância entre a cabeceira e a maca de 0,60m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo 1,20m. Instalações de oxigênio, óxido nítrico, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico, elétrica diferenciada e climatização			
				X	Ambientes de apoio:			
				X	Sala de utilidades;			
					Banheiros com vestiários para funcionários e acompanhantes (barreira);			
				X	Sala administrativa;			

Reanimação Neonatal SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP 2010	RDC nº 36 2008	Ambiência	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
				X	Rouparia;			
				X	Depósito de equipamentos e materiais;			
				X	Depósito de material de limpeza;			
				X	Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares; (opcional)			
				X	Sala de preparo de equipamentos/material; (opcional)			
				X	Copa; (opcional)			
				X	Sala de estar para funcionários; (opcional)			
				X	Sanitários para acompanhantes - anexo à sala de estar; (opcional)			
				X	Área de guarda de pertences; (opcional)			
				X	Área para guarda de macas e cadeiras de rodas. (opcional)			
				X	Internação Obstétrica (puérperas ou gestantes com intercorrências):			
					Quarto/enfermaria para alojamento conjunto ou internação de gestantes com intercorrências: quarto de 01 leito, 10,50 m², quarto de 02 leitos, 14,00 m² e enfermaria de 03 a 06 leitos, 6,00 m² por leito. Todos os quartos/enfermarias devem ter, ainda, área de 4,00m² para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia.			
				X	O berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.			
				X	Banheiro (cada quarto deve ter acesso direto a um banheiro, podendo servir no máximo dois quartos)			
					Posto de enfermagem: Cada posto deve atender a no máximo 30 leitos, com a área mínima de 6,00m² e com as instalações de água e elétrica de emergência.			
				X	Sala de exames e curativos: Quando existir enfermaria que não tenha subdivisão física dos leitos deve ser instalada uma sala a cada 30 leitos. Área mínima de 7,50m² com instalações de água, ar comprimido medicinal e elétrica de emergência			

Reanimação Neonatal SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP 2010	RDC nº 36 2008	Ambiência	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
				X	Ambientes de apoio			
				X	Sala de utilidades;			
				X	Área para controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes;			
				X	Quarto para plantonista (in loco ou não);			
				X	Sanitário para funcionários			
				X	Depósito de equipamentos e materiais			
				X	Depósito de material de limpeza;			
				X	Rouparia;			
				X	Área de cuidados e higienização de lactente (opcional)			
				X	Área para guarda de macas e cadeiras de rodas; (opcional)			
				X	Sala de reuniões com a família ou de trabalhos em grupo (opcional)			
				X	Sala de estar para familiares, visitantes e acompanhantes (opcional)			
				X	Sanitário para acompanhantes - anexo à sala de estar; (opcional)			
					Alojamento Conjunto			
	X				Os quartos devem ser ambientes destinados à assistência à puérpera e ao recém-nascido com capacidade para um ou dois leitos, com banheiro anexo;			
			X		Área mínima de 5m² por leito materno e berço			
			X		Berços posicionados com uma separação mínima de 2 metros			
	X		X		As enfermarias devem ser ambientes destinados à assistência à puérpera e ao recém-nascido com capacidade para três a seis leitos, com banheiro anexo, conforme normativas vigentes da anvisa;			
	X		X		Para cada leito materno, deve ser disponibilizado um berço para o recém-nascido e uma poltrona para acompanhante			

Reanimação Neonatal SBP 2016	Portaria 2.068-2016	Portaria 371-2014	SBP 2010	RDC nº 36 2008	Ambiência	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
	X				O berço do recém-nascido deve ficar ao lado do leito da mãe e deve ser respeitada a distância mínima de um metro entre leitos ocupados;			
	X				Os quartos devem ter tamanho adequado para acomodar mulher e recém-nascido, de acordo com as normas vigentes da ANVISA			
	X				Medidas que assegurem a privacidade da mulher devem ser adotadas, assim como a observação do conforto luminoso para as puérperas os recém-nascidos e acompanhantes, quando instalados em quartos ou enfermarias com mais de um leito.			
			X	X	Uma pia para lavagem de mãos por sala/quarto e sanitários			
			X	X	Um dispensador de preparação alcoólica por sala/quarto			
			X		Local para coleta de exames			

**APÊNDICE 2 – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS REFERENTE AO
PROCESSO DE TRABALHO NO CENTRO OBSTÉTRICO, EM MATERNIDADE DE
RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR**

Instrumento de coleta de dados: Auditoria*

Este instrumento está sendo aplicado para o desenvolvimento de uma pesquisa de Mestrado Profissional, que pretende **avaliar o atendimento ao NEONATO** nesta instituição.

Você deverá ler as afirmativas e assinalar com um X uma das seguintes opções de resposta de acordo com o trabalho que você desempenha: **SEMPRE** ou **MAIORIA DAS VEZES**; **RARAMENTE** ou **NUNCA**; e **NÃO SE APLICA (NA)**, esta última opção é para quando a afirmativa não está relacionada ao seu processo de trabalho ou categoria profissional.

Categoria Profissional: _____

CENTRO OBSTÉTRICO

Afirmativa	Sempre ou maioria das vezes	Raramente ou nunca	NA
Realiza atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes.			
Promove ambiência acolhedora e ações de humanização.			
Indica e realiza procedimentos de forma individualizada e baseada nos protocolos institucionais.			
Identifica complicações neonatais para a imediata assistência ou encaminhamento a serviço de referência.			
É treinado em reanimação neonatal .			
Utiliza as precauções-padrão que compreendem a lavagem/higienização correta das mãos, o uso de luvas, aventais, e máscaras, para evitar o contato com material biológico do paciente.			
Garante a temperatura ambiente na sala de parto entre 23-26°C.			
Promove o contato pele a pele com a mãe se logo após o nascimento via cirúrgica (cesariana) , quando o RN respirou ou chorou e, se está com tônus muscular em flexão.			
Promove o contato pele a pele com a mãe se logo após o nascimento via vaginal , quando o RN respirou ou chorou e, se está com tônus muscular em flexão.			
No contato pele a pele você:			
• seca o corpo e segmento cefálico com compressas aquecidas;			
• cobre o RN com tecido de algodão seco e aquecido			
• coloca touca no RN;			
• monitora a temperatura corporal do RN (se a temperatura do RN permanece entre 36,5 a 37,5°C durante o contato pele a pele);			
• mantém as vias aéreas do RN pervias e avalia sua vitalidade de forma continuada;			

<ul style="list-style-type: none"> Fica atento para o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente. 			
Procede o clampeamento tardio do cordão, quando o RN apresenta boa vitalidade, independente do aspecto do líquido amniótico.			
Se o RN tiver idade gestacional maior ou igual a 34 semanas, e não começar a respirar ao nascer, e não mostrar tônus muscular em flexão, realiza o clampeamento imediato do cordão.			
Estimula o aleitamento materno na primeira hora de vida, considerando boas condições de nascimento exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas.			
Posterga os procedimentos de rotina do RN na primeira hora de vida: exame físico, medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal (colírio), vacinação, vitamina K, e banho.			
Realiza o atendimento imediato ao RN no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico.			
Garante que o RN não seja retirado do ambiente do parto sem identificação.			
Verifica o APGAR do primeiro e quinto minuto de vida.			
Não realiza aspiração de vias aéreas de rotina, exceto em RN que apresentem obstrução de vias aéreas por excesso de secreções.			
É capacitado em aleitamento materno.			
Atua de maneira integrada com a equipe multiprofissional para a promoção e apoio ao AM.			

*Instrumento elaborado com base nas seguintes portarias: RDC nº 36- 2008; Documento Científico da SBP- 2010; Portaria nº 371- 2014; Portaria nº 2.068- 2016 e Diretrizes para Reanimação Neonatal SBP- 2016.

APÊNDICE 3 - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS REFERENTE AO PROCESSO DE TRABALHO NO ALOJAMENTO CONJUNTO, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA, PR

Instrumento de coleta de dados: Auditoria*

Este instrumento está sendo aplicado para o desenvolvimento de uma pesquisa de Mestrado Profissional, que pretende **avaliar o atendimento ao NEONATO** nesta instituição.

Você deverá ler as afirmativas e assinalar com um X uma das seguintes opções de resposta de acordo com o trabalho que você desempenha: **SEMPRE** ou **MAIORIA DAS VEZES**; **RARAMENTE** ou **NUNCA**; e **NÃO SE APLICA (NA)**, esta última opção é para quando a afirmativa não está relacionada ao seu processo de trabalho ou categoria profissional.

Categoria Profissional: _____

ALOJAMENTO CONJUNTO

Afirmativa	Sempre ou maioria das vezes	Raramente ou nunca	NA
Realiza atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes.			
É capacitado para apoiar o aleitamento materno.			
Quanto ao aleitamento materno, atua de maneira integrada com a equipe multiprofissional.			
Promove e protege o aleitamento materno sob livre demanda, apoiando a puérpera na superação de possíveis dificuldades, de acordo com suas necessidades específicas, com respeito às suas características individuais.			
Fornecer à mulher orientações relativas à importância de não ofertar ao RN nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno.			
Fornecer orientações à mulher, de que na ocorrência de situações especiais, o médico ou a nutricionista deverá prescrever a oferta de leite humano pasteurizado, proveniente de banco de leite humano, ou outro (fórmula).			
Oferece à mulher orientações relativas à importância de não usar protetores de mamilo e não oferecer bicos artificiais (chupetas e mamadeiras) ao RN.			
Oferece à mulher orientações sobre os riscos da amamentação cruzada - amamentar outro RN que não seja o próprio filho e da proibição desta prática na Maternidade.			
Apoia, incentiva e orienta a participação da mãe e do pai nos cuidados ao RN, bem como, de outros familiares, com respeito ao desejo dos pais da criança.			
Orienta e estimula o contato pele a pele, posição canguru, pelo tempo que a mãe e o pai considerarem oportuno e prazeroso, especialmente quando se tratar de RN com peso inferior a 2500g.			
Realiza o exame clínico do RN em seu próprio berço ou no leito materno, preferencialmente na presença da mãe e/ou do pai.			

Realiza o banho do recém-nascido na cuba de seu próprio berço ou banheira.			
Assegura a limpeza e a desinfecção entre o uso alternado da banheira como berço, de acordo com padronização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (POP CCIH).			
Durante o banho orienta os cuidados necessários para a prevenção de hipotermia, incentivando especialmente a participação materna e/ou paterna, ou mesmo, de outro acompanhante.			
Avalia o peso do recém-nascido de acordo com as necessidades / indicações individuais.			
Adota técnicas não farmacológicas (enrolamento, uso da glicose 25%, sucção não nutritiva ou ao seio materno) de prevenção ou redução da dor do RN, para a coleta de sangue e outros procedimentos dolorosos			
Identifica e enfatiza os recursos disponíveis na comunidade e na rede de saúde local para o atendimento continuado das mulheres e das crianças.			
Referencia ou agenda o acompanhamento do RN no serviço de saúde, para a primeira semana após o parto.			
Utiliza material de curativo umbilical para a higiene diária, com orientação da mãe.			
Realiza atividades de educação em saúde, preferencialmente em grupo, com o objetivo de:			
<ul style="list-style-type: none"> • ampliar o autocuidado das mulheres e para com os RN; • desfazer mitos relacionados à maternidade, à paternidade, ao aleitamento materno, ao puerpério, ao retorno à vida sexual, entre outros; 			
Fica atento ao estabelecimento de vínculo entre a mãe e o RN, aos riscos e vulnerabilidades particulares, bem como, mantém observação e escuta qualificada para esclarecer dúvidas e apoiar a mulher neste período.			
Garante que a transferência do RN, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, e em transporte adequado às necessidades.			
Conhece a regulamentação do Ministério da Saúde para o transporte da mãe/RN em situações de transferência (Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002).			
Avalia e realiza vigilância adequada (complicações maternas, exames laboratoriais, radiológicos ou de líquido) dos RN para sepse neonatal precoce.			
Desenvolve orientação da mãe/pai para os cuidados adequados ao recém-nascido, e reconhecimento de situações de risco (alimentar, icterícia, desidratação, sinais de onfalite) nos primeiros sete dias de vida.			
Na alta do RN (juntamente com a mãe) elabora Projeto Terapêutico Singular (Plano de Alta), considerando as situações abaixo:			
h. RN a termo e com peso adequado para a idade gestacional, sem comorbidades e com exame físico normal;			
i. RN sem icterícia nas primeiras 24 horas de vida;			
j. RN com diurese e eliminação de mecônio espontâneo e controle térmico adequado;			
k. RN com sucção ao seio com pega e posicionamento adequados, com boa coordenação sucção/deglutição, salvo em situações em que há restrições ao aleitamento materno;			
l. RN em uso de substituto do leite humano, com fórmula láctea para situações em que a amamentação é contra-			

indicada de acordo OMS/2009 (“razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite”)			
m. Checa a realização de TODOS (Pezinho, Linguinha, Orelhinha, Olhinho, Coraçãozinho) os testes da Triagem Neonatal.			
Realiza o preenchimento de todos os dados na Caderneta de Saúde da Criança.			
No momento da alta, faz as seguintes orientações para as mães:			
<ul style="list-style-type: none"> Procurar a Unidade Básica de Saúde caso o RN apresente problemas com aleitamento materno, icterícia, com o coto umbilical, e com as eliminações fisiológicas ou outra alteração; 			
<ul style="list-style-type: none"> Se tiver intercorrências com as mamas, deve procurar os Bancos de Leite Humano para assistência com as boas práticas da amamentação, bem como, para orientações sobre a doação de leite humano; 			
<ul style="list-style-type: none"> Deve higienizar as mãos antes e após o cuidado com o recém-nascido; 			
<ul style="list-style-type: none"> Deve evitar ambientes aglomerados ou com pessoas apresentando sinais e sintomas de doenças infectocontagiosas, como gripe e resfriado; 			
<ul style="list-style-type: none"> Deve transportar o recém-nascido de forma segura, e prevenir acidentes domésticos; 			
<ul style="list-style-type: none"> Prevenção da morte súbita; 			
<ul style="list-style-type: none"> Orienta o preparo correto da fórmula láctea e higienização dos utensílios utilizados para preparo e oferta desse alimento caso a amamentação seja contra-indicada (de acordo com razões médicas aceitáveis, OMS/2009). 			

*Instrumento elaborado com base nas seguintes portarias: RDC nº 36- 2008; Documento Científico da SBP- 2010; Portaria nº 371- 2014; Portaria nº 2.068- 2016 e Diretrizes para Reanimação Neonatal SBP- 2016.

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, *Márcia Helena de Souza Freire*, docente da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e *Camila Carla de Paula Leite*, aluna de pós-graduação da Universidade Federal do Paraná, convidamos você, profissional de saúde, a participar de um estudo intitulado “**Diretrizes para a Atenção Neonatal em Maternidade de Risco Habitual: produto de uma avaliação normativa**”. Este estudo é justificado diante da necessidade de se conhecer a realidade de uma Maternidade de Risco Habitual com relação à aplicação das diretrizes nacionais preconizadas para a Atenção Humanizada ao Recém-nascido, para qualifica-la se necessário.

a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a assistência ao recém-nascido em uma Maternidade de Risco Habitual localizada em Curitiba-PR, e a sua opinião sobre ela será de valor para que obtenhamos as informações necessárias.

b) Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário que responda a uma entrevista estruturada, composta por questões fechadas, que será aplicada pela pesquisadora.

c) A entrevista será realizada na própria *Maternidade Bairro Novo, Rua Jussara, número 2234*, em momento oportuno, para não prejudicar o desenvolvimento de seu trabalho, e o preenchimento durará aproximadamente 20 minutos.

d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a algum desconforto em registrar sua resposta, entretanto, esclarecemos que tem liberdade de deixar de registrar algum questionamento do instrumento, e/ou interromper a entrevista perguntando alguma coisa sobre a pergunta e/ou desistir do preenchimento. A entrevistadora estará alerta a seus desconfortos e procurará resolvê-los com respostas solicitadas.

e) O risco relacionado ao estudo pode ser o de constrangimento, situação que será atentamente observado pela entrevistadora, para ação de tranquilização mediante diálogo.

f) Os benefícios esperados com os resultados dessa pesquisa são voltados para a garantia da atenção integral e humanizada ao recém-nascido nesta Maternidade, com base no conhecimento da real estrutura e processo e trabalho. Assim, com os subsídios gerados por ela poder-se-á abrir discussões com os gestores, para possíveis ajustes no processo de trabalho da equipe multiprofissional, para que tenha garantia de sua qualidade e segurança, com base nas melhores práticas e evidências científicas. Acredita-se que você indiretamente e diretamente será beneficiado com a sua participação neste estudo, com a satisfação de se poder alcançar possíveis ajustes futuros para a assistência ao recém-nascido/binômio.

g) Os pesquisadores *Márcia Helena de Souza Freire*, docente da UFPR e *Camila Carla de Paula Leite*, aluna de pós-graduação da UFPR, responsáveis por este estudo poderão ser localizados na Universidade Federal do Paraná – UFPR Campus Botânico, Av. Prefeito Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico, Bloco II, de segunda à sexta das 14h às 17h. As mesmas podem ser contatadas também através do e-mail: camilacpleite@hotmail.com ou celular: (43) 99977-5336, para o esclarecimento a eventuais dúvidas que possa ter para a obtenção de informações que necessárias antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Em tempo, a *Camila Carla de Paula* também poderá ser contatada pessoalmente na Maternidade Bairro Novo, de segunda à sexta, das 8 até as 12h.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 2652354
na data de 14/05/2013 *gfh*

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador: _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br -
telefone (041) 3360-7259

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. As pesquisadoras lhe garantem que não irá sofrer nenhuma consequência da desistência.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas apenas pelas pesquisadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

j) O material obtido, que serão suas respostas sinalizadas no questionário, será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, em 1 ano.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD), do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

n) **Autorizo (), não autorizo (),** o uso de minhas respostas para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito único e exclusivamente a esse estudo.

Eu _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Participante de Pesquisa

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº 2652354
na data de 14/05/2018 *gh*

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE